



**UNIVERSIDADE DO MINDELO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO**

**Autor: Silvânia Gomes Silva nº 2832**

**Mindelo, 11 de Julho de 2016**



Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Discente:

*Silvânia Gomes Silva Nº 2832*

***Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez: Assistência de Enfermagem  
às grávidas Hospitalizadas na Maternidade do Hospital Batista de Sousa***

Orientadora:

*Enfermeira: Ezely Rodrigues*

Mindelo, 11 de Julho de 2016

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à minha família, em especial à minha mãe, minhas irmãs, minha tia, meu tio avô, meu namorado, e a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização e concretização da minha Licenciatura.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente à Deus, por me brindar com a vida, por ter-me dado saúde e coragem durante estes 4 anos do curso, e com a oportunidade de ter encontrado ao longo de todo este percurso, pessoas maravilhosas e por me permitir realizar um desejo pessoal de ser Enfermeira.

À minha família por compreender a minha ausência e ser a fonte de inspiração, força e motivação para continuar esta caminhada, por vezes um pouco atribulada de sentimentos e confusões, e principalmente pelo apoio financeiro e psicológico que me prestaram nestes 4 anos, muitíssima obrigada de coração.

Ao meu namorado que desde o 2º ano tem vindo a acompanhar essa difícil jornada, por ter-me dado ânimo e força para continuar firme, por ter-me suportado nos momentos de frustração e mau humor, muito obrigada mesmo.

À minha orientadora Enfª Ezely Rodrigues, pelo apoio, carinho e paciência que teve comigo desde a elaboração do projeto até a conclusão da monografia, um muito obrigada.

Aos meus colegas de classe que sempre estivemos juntos nesta longa e cansativa jornada, muito obrigada e que todos nós possamos concretizar com sucesso a nossa licenciatura.

Às enfermeiras do serviço de Maternidade, principalmente as que estiveram comigo durante o ensino clínico, e em especial às que contribuíram para a realização da minha pesquisa aceitando fazer a entrevista, não tenho palavras para vos agradecer.

Ao FICASE por ter pago todos estes anos de licenciatura, um muito obrigada, pois sem a sua ajuda não estaria concluindo, agora, a minha licenciatura. Enfim, à todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este sonho fosse realizado, um bem-haja a todos.

**Muitíssimo Obrigada de coração, e que Deus abençoe a todos!**

## Epígrafe

*“A mulher, quando está para dar a luz, sente tristeza, porque chegou a sua hora; mas, quando deu à luz o menino, já não se lembra da sua aflição, com a alegria de ter vindo um homem ao mundo.”*

*(São João, cap.16, vs.21)*

## **Resumo**

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez é uma das complicações que mais tem afetado as mulheres grávidas em Cabo Verde, considerada uma das primeiras causas de morte materna-fetal no mundo. Sua etiologia continua desconhecida, no entanto, fatores de risco como a primiparidade, a multiparidade, a idade materna e a obesidade destacam-se como mais prevalentes entre as grávidas hospitalizadas na Maternidade do Hospital Batista de Sousa.

A sua agressividade acarreta um vasto leque de consequências psicológicas tanto para a mãe como para a família, uma vez que é fortemente associado a sentimentos de medo, preocupação e por vezes à morte materno-fetal. Não é conhecida uma cura específica para tal enfermidade, mas sabe-se que os sinais e sintomas começam a desaparecer automaticamente após a expulsão do feto e da placenta.

O presente trabalho pretende abordar uma problemática que realça a importância da assistência de enfermagem às grávidas hospitalizadas, de modo a prevenir possíveis complicações que possam surgir e que pode trazer consequências para o binómio mãe-filho.

Para alcançar o objetivo utilizou-se a metodologia qualitativa do tipo exploratório com uma abordagem fenomenológica utilizando como instrumento de recolha de informações a entrevista estruturada que foi aplicada a quatro (4) enfermeiras da Enfermaria da Maternidade do Hospital Batista de Sousa.

Os resultados apontaram que os profissionais de saúde sabem da sua responsabilidade com essas grávidas, e que fazem o que estiver ao alcance para prevenir as complicações. Também constatou-se que as enfermeiras apelam por mais formações e um espaço devidamente equipado e monitorizado para uma melhor assistência a essas grávidas.

**Palavras-chave:** Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, Hipertensão Arterial, Gravidez, Fatores de Risco, Assistência de Enfermagem.

## **Summary**

The Specific Pregnancy Hypertensive syndrome is a complication that has most affected pregnant women in Cape Verde, considered one of the leading causes of maternal-fetal death in the world. Its etiology remains unknown, however, risk factors such as primiparity, multiparity, maternal age and obesity stand out as more prevalent among pregnant hospitalized in Maternity Hospital Batista de Sousa.

Their aggressiveness carries a wide range of psychological consequences for both the mother and the family, since it is strongly associated with feelings of fear, worry and sometimes maternal and fetal death. There is a specific known cure for this disease, but it is known that the signs and symptoms start to disappear automatically after the expulsion of the fetus and placenta.

This study aims to address a problem that highlights the importance of nursing care for hospitalized pregnant in order to prevent possible complications that may arise and that may have consequences for the mother-child binomial .

To achieve the goal we used the qualitative methodology of exploratory with a phenomenological approach using as a structured interview information collection instrument was applied to four (4) nurses Maternity Hospital Batista de Sousa.

The results showed that health professionals know their responsibility to these pregnant, and do what is in their power to prevent complications. Also it was found that the nurses call for more training and a properly equipped space and monitored for further assistance to these pregnant.

**Keywords:** Specific Hypertensive Pregnancy Syndrome, Hypertension, Pregnancy, Risk Factors, Nursing Care.



## **Lista de siglas e abreviaturas**

**DHEG-** Doença Hipertensiva Específica da Gestação

**HBS-** Hospital Batista de Sousa

**HTA-** Hipertensão Arterial

**MmHg-** milímetro de Mercúrio

**NANDA-** *North American Nursing Diagnosis Association*

**NIC-** Classificação das Intervenções de Enfermagem

**ODM-** Objetivo Desenvolvimento do Milénio

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**PA-** Pressão Arterial

**SHEG-** Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação

**TAD-** Tensão Arterial Diastólica

**TAS-** Tensão Arterial Sistólica

**TCC-** Trabalho de Conclusão de Curso

## Índice

INTRODUÇÃO.....	13
Problemática e justificativa .....	14
CAPÍTULO I- FASE CONCEPTUAL .....	18
1.1- A gravidez.....	19
1.2- Gravidez de alto risco .....	20
1.3- Hipertensão arterial.....	21
1.4- Hipertensão arterial na gravidez .....	22
1.4.1- Sinais e sintomas da Hipertensão na Gravidez.....	23
1.5- Classificação da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez .....	25
1.5.1- Doença Hipertensiva Específica da Gravidez .....	26
1.5.1.1- Fisiopatologia da Doença Hipertensiva Específica da Gestação .....	27
1.5.2- Pré-eclâmpsia .....	27
1.5.3- Eclâmpsia .....	30
1.5.4- Síndrome de Hellp.....	30
1.5.5- Hipertensão crónica.....	31
1.5.6- Hipertensão crónica com pré-eclâmpsia sobreposta .....	32
1.5.7- Hipertensão transitória da gravidez.....	32
1.6- Fatores predisponentes da Hipertensão Arterial na gravidez .....	33
1.6.1- Primigestas ou Primípara .....	33
1.6.2- Gravidez Múltipla .....	34
1.6.3- Raça e Nível Socioeconómico .....	34
1.6.4- Idade materna .....	34
1.6.5- Patologias associadas .....	35
1.6.6- Hereditariedade .....	35

1.7- Complicações da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez.....	36
1.7.1- Função do enfermeiro na prevenção das complicações da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez.....	37
1.8- Assistência de Enfermagem às grávidas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez.....	39
1.8.1- Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (NANDA e NIC) nas grávidas com Hipertensão Arterial .....	41
CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA .....	43
2. Metodologia de Investigação.....	44
2.1- Tipo de Pesquisa .....	44
2.2- Instrumento de Recolha de Informações.....	45
2.3- Campo Empírico .....	46
2.4- População alvo .....	47
2.5- Procedimentos Éticos.....	47
CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA .....	49
3. Análise de Resultados.....	50
3.1- Apresentação dos dados da Entrevista.....	50
3.2- Análise dos resultados .....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
Referências Bibliográficas.....	58
APÊNDICES E ANEXOS .....	62
Apêndice I- Declaração da Coordenação do Curso de Enfermagem .....	63
Apêndice II- Guião de Entrevista .....	65
Apêndice III- Termo de consentimento informado .....	66
Apêndice IV- Cronograma .....	67
Anexo I- Conduta Eclâmpsia ou em eminência de Eclâmpsia.....	68

## **Índice de tabela**

Tabela 1: Hospitalizações das grávidas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez na Maternidade do Hospital Batista de Sousa.....	16
Tabela 2: Classificação da Tensão Arterial .....	22
Tabela 3: Intervenções de enfermagem e resultados esperados das grávidas com SHEG ..	40
Tabela 4: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.....	41
Tabela 5: Dados das entrevistadas.....	50

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 4º curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, e constitui um dos principais requisitos para o término dessa etapa do percurso académico. A escolha da temática Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez para a realização do trabalho intitulado “Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez: Assistência de Enfermagem às Grávidas hospitalizadas na Maternidade do Hospital Batista de Sousa”, deveu-se ao interesse que o tema suscitou no decorrer dos ensinamentos clínicos e também por ser ainda pouco explorado, e por constituir um grave problema que tem vindo a afetar a nossa sociedade.

Frente a essa problemática, faz-se necessário e imprescindível perceber o que pode estar por trás desse aumento do número de grávidas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG). Considera-se este estudo pertinente, pois pode contribuir para aprofundar o conhecimento do tema, visto ser pouco explorado e, consequentemente, influenciar a prática profissional, beneficiando uma melhor assistência de enfermagem ao binómio mãe-filho.

O trabalho será organizado em três capítulos bem definidos: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica. No primeiro capítulo aborda-se o enquadramento teórico, onde serão mencionados os principais conceitos inerentes à compreensão da temática exposta. Descreve-se os conceitos de gravidez de alto risco, hipertensão arterial (HTA), SHEG, sua fisiopatologia, etiologia e sintomas, diagnóstico e tratamento, função do enfermeiro na prevenção das complicações da SHEG, assistência de enfermagem às grávidas com SHEG, fatores predisponentes para hipertensão na gravidez, as manifestações clínicas e por último os diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA e NIC) em grávidas com SHEG.

No segundo capítulo encontra-se descrita toda a fase metodológica, compreendendo a explicação do tipo de pesquisa e a abordagem que foi empregue nesta investigação, os instrumentos de recolha de dados, campo empírico, população alvo e aspetos éticos e legais.

O terceiro capítulo engloba a fase empírica com a apresentação e análise detalhada dos resultados da investigação. Para finalizar o trabalho foram elaboradas as considerações finais onde se encontram as explanações quanto às dificuldades encontradas na realização da pesquisa.

## **Problemática e justificativa**

Atualmente tem-se verificado melhorias nas políticas e nos cuidados praticados pelo sistema nacional de saúde e este facto pode ser comprovado nas diversas áreas da saúde em Cabo Verde, não obstante a saúde materna. Apesar dos avanços que a medicina tem vindo a ter, a hipertensão arterial ainda é uma das primeiras causas de mortes materna no mundo. Assim, Bobak (1999, p.558) cita que “embora nas diferentes partes do mundo sejam diversas as causas determinantes de morte materna atribuíveis à gravidez, em geral, três situações patológicas principais têm persistido nos últimos 35 anos: hipertensão, infeção e hemorragia.”

Seguindo o mesmo raciocínio, Marques (2006, p.36) afirma que “as doenças hipertensivas são as complicações médicas mais frequentes da gravidez, com uma contribuição significativa na morbilidade e mortalidade materno-fetal. Estima-se que a incidência da hipertensão seja de 7 a 10% de todas as gravidezes.”

É de salientar que uma mulher pode apresentar episódios de convulsão, sem no entanto, ter sido diagnosticado a pré-eclâmpsia. Neste sentido Bottomley, O'Reilly e Rymer (2008, p.252) realçam que “a eclâmpsia afeta cerca de 0,05% das grávidas (cerca de 1 em 2000). Quarenta por cento dos episódios ocorrem após o parto e a eclâmpsia, frequentemente, ocorre em mulheres a quem não foi diagnosticado previamente a pré-eclâmpsia. As convulsões são generalizadas e, geralmente, autolimitadas a 2-3 minutos.”

Seguindo esta ideia o mesmo autor refere que, “em dez por cento das mulheres ocorre pressão arterial elevada ou ligeira pré-eclâmpsia, durante a gravidez. Neste grupo, cerca de 10% desenvolve pré-eclâmpsia severa. (*ibidem*).”

Cabo Verde é um exemplo de países da África em que a taxa de mortalidade materna diminuiu nos últimos anos, pois de acordo com o Relatório ODM Cabo Verde (2015, p.50) “a taxa de óbitos maternos por cada 100 000 nados vivos diminuiu de 79 para 9,4 entre 1990 e 2014, situando o país numa posição de destaque, quando comparado com outros países da África Subsariana”.

No entanto apesar dos avanços que a medicina moderna apresenta, ainda a taxa de mortalidade materna continua alta no mundo, em particular Cabo Verde. É de salientar que de 2009 a 2013 as mortes maternas têm vindo a oscilar entre 1 e 7. Segundo os dados do Relatório Estatístico de Saúde (2013, p.10), “em 2009 o número de mortes maternas foram 7, 2010- 5, 2011- 5, 2012- 1 e em 2013- 4 mortes maternas.”

“Ainda em matéria de resultado aponta-se para a taxa de mortalidade materna que evoluiu positivamente no período 1994-2014, registando uma redução de 86,5%, acima dos  $\frac{3}{4}$  exigidos para 2015. O número absoluto de óbito materno vem oscilando entre 1-2 por ano até um máximo de 4-5, o que condiciona o comportamento deste indicador nos últimos anos (*ibid*).”

A DHEG é considerada uma das três principais causas de mortes materna, pois segundo Rezende (2000, p.669), “incidindo em cerca de 6 a 8% das primigestas, a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) responde ainda, por elevada morbimortalidade perinatal (5-20%) e, ao lado da infecção puerperal e das síndromes hemorrágicas, é considerada como uma das três principais patologias responsáveis pela morte materna, no decurso do ciclo materno puerperal.”

De acordo com o Relatório do Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação/Ministério de Saúde *apud* relatório sobre os Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento (2007, p.19):

A mortalidade materna em Cabo Verde é baixa relativamente aos países da África subsaariana. Globalmente a taxa de mortalidade materna no país tem vindo a diminuir desde os anos 90. Ela tem oscilado entre os 30/100.000 em 2003 para 36,9/100.000 em 2004 e 14,5/100.000 em 2005, o que não permite inferir se há tendência crescente ou decrescente. Em números absolutos, variou de 11 em 2000, 4 em 2003 e 5 em 2006. As principais causas de óbitos maternos são eclâmpsia, hemorragia e sepsis.

Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério podem ser preveníveis, mas para isso é necessária uma participação ativa por parte do sistema de saúde. Na ótica da OMS (2014, p.1):

Os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam quase 10% de todas as mulheres grávidas em todo o mundo. Este grupo de doenças e condições inclui a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, a hipertensão gestacional e a hipertensão crónica. Os distúrbios hipertensivos da gravidez são causa importante de morbilidade aguda grave, incapacidade prolongada e morte entre mães e bebés.

A SHEG é uma patologia que tem causado hospitalizações na Maternidade do HBS. Durante os ensinamentos clínicos na Maternidade deparou-se com um acentuado número de hospitalizações, daí surgiu o interesse em estudar a assistência que os enfermeiros prestam a estas grávidas. Apesar de ter registado uma diminuição da taxa de mortalidade materna, em relação aos anos 90, a Pré eclâmpsia continua a ser uma das principais causas de morte materna nos países em desenvolvimento, não fugindo a regra Cabo Verde.

Em São Vicente, nomeadamente na Maternidade do HBS constatamos que o número de hospitalizações tem vindo a oscilar desde o ano 2013. O quadro que se segue mostrará os internamentos desde o ano 2013 até o mês de Maio do ano em curso.

**Tabela 1: Hospitalizações das grávidas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez na Maternidade do Hospital Batista de Sousa.**

	2013	2014	2015	2016
Pré-eclâmpsia	7	22	17	4
Eclâmpsia		1	2	1
Síndrome de Help			1	1

(Fonte: elaboração própria, a partir dos dados obtidos na Maternidade do HBS)

Este tema pretende ser um contributo para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no país, visto apresentar novas abordagens de estudo e novos paradigmas do cuidar em enfermagem materna. Também pode ser um instrumento de investigação que irá permitir ao enfermeiro repensar a assistência de enfermagem a essas utentes, sendo uma forma de enriquecimento tanto a nível pessoal como também académico.

A SHEG tem sofrido um incremento no mundo, independentemente do fator de risco que a ela se associa. É reconhecida como uma doença cuja etiologia continua desconhecida e cujo diagnóstico acarreta para o utente um vasto leque de consequências psicológicas, uma vez que é fortemente associado a sentimentos de medo, preocupação e por vezes até à morte materno-fetal.

Durante a gestação, a vigilância e o rastreamento asseguram o reconhecimento e o tratamento precoce das condições anormais, juntamente com a participação da família da gestante deve promover intervenções, com o propósito de organizar um melhor atendimento à gestante, possibilitando assim o estabelecimento de ações mais direcionadas a essa clientela pela equipe de saúde, contribuindo, assim, para a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

Sendo assim, esta investigação será orientada pela seguinte pergunta de partida:

**Qual a assistência de enfermagem prestada às grávidas hospitalizadas com síndrome hipertensiva específica da gravidez na Maternidade do Hospital Batista de Sousa?**

Para se dar resposta à pergunta de partida, foi necessário elaborar o seguinte objetivo geral: Conhecer a assistência de enfermagem prestada às grávidas hospitalizadas



com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez na Maternidade do Hospital Batista de Sousa.

Para ajudar a complementar o objetivo geral, foram determinados como objetivos específicos:

- ✓ Identificar os fatores de risco para Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez;
- ✓ Conhecer o protocolo utilizado na Maternidade do Hospital Batista de Sousa com as grávidas hospitalizadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez;
- ✓ Apontar as limitações da equipa de enfermagem na prestação de cuidados a essas grávidas.

## **CAPÍTULO I- FASE CONCEPTUAL**

## 1.1- A gravidez

A gravidez, incluindo o parto, é, talvez, a experiência mais emocionante e dramática na vida de uma mulher. A gravidez ocorre quando o óvulo feminino é fecundado pelo espermatozóide e se implanta satisfatoriamente no revestimento do útero.

Segundo Filho *et al* (2006, p.20) “a gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento de um ou mais embriões no interior do útero. Para que ocorra a gravidez é necessário que o óvulo, gâmeta feminino, seja fecundado pelo espermatozoide, gâmeta masculino. O resultado dessa fecundação dá origem ao zigoto, que após várias mitoses se transforma no embrião.”

Ainda o mesmo autor reconhece que “quando esse embrião chega ao útero, ele se fixa na parede uterina em um processo que conhecemos como nidação, que ocorre geralmente no 7º dia após a fecundação. Assim que ocorre a nidação, tem-se o início da gravidez, também chamada de gestação. Na espécie humana, a gravidez dura aproximadamente nove meses ou cerca de 40 semanas (*ibidem*).”

É de extrema importância que o profissional de saúde conheça as mudanças físicas e psicológicas na vida de uma mulher durante a gravidez para a prevenção de possíveis complicações que possam surgir durante esse período. Deste modo Burroughs (1995, p. 66) realça que “para promoção da saúde e a prevenção de complicações durante a gestação, a enfermeira e os outros profissionais devem entender as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem nesse período.”

Aponta ainda, que “com esses conhecimentos, ela pode desenvolver planos de cuidados de saúde adequados que incluem diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem relacionadas às mudanças corporais e condutas adequadas. O autocuidado da paciente deve fazer parte do plano (*ibidem*).”

O primeiro indício da gravidez geralmente é a amenorréia, embora isso possa ter outras causas. Smith (2006, p.64) realça que “os primeiros sintomas característicos da gravidez são náuseas, aumento da frequência urinária e sensibilidade dolorosa nos seios. A grávida tem a sensação de ter os seios maiores e mais pesados nos primeiros meses de gravidez, em consequência do aumento da atividade glandular, e nota que o tamanho do busto aumentou.”

Vários são os sinais que indicam uma gravidez, conforme Burroughs (1995, p.67):

é importante diagnosticar ou confirmar a gestação de uma mulher. Muitos sinais característicos de gestação dividem-se em três categorias: sinais de presunção, que sugerem a gestação; sinais

de probabilidade, que indicam que existe uma provável gestação, e sinais de certeza, que confirmam a gestação. Os três sinais positivos são os únicos que confirmam um diagnóstico de gestação. É importante lembrar que muitos sinais e sintomas presentes na gestação podem aparecer também em outras circunstâncias.

## **1.2- Gravidez de alto risco**

Para a maioria das mulheres, a gravidez representa uma fase da vida e não uma doença, mas entretanto, existem mulheres que vivenciam problemas significativos durante a gravidez, em função das diferentes patologias, que de uma forma ou outra poderão afetar a sua saúde obstétrica, evoluindo para uma gravidez de risco. Uma dessas patologias é a hipertensão na gravidez, considerada como sendo uma das que mais efeitos nocivos provocam no organismo materno, fetal e neonatal.

É neste sentido que o Ministério de Saúde do Brasil (2010, p.11) afirma que:

a gravidez é um fenómeno fisiológico e deve ser vista pelas grávidas e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de grávidas que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas «grávidas de alto risco».

A gravidez de alto risco pode trazer complicações graves tanto para a mãe como para o feto e o recém-nascido, pois Guimarães (2002, p.229) define gravidez alto risco como “toda a gravidez que traz alguma forma de risco para a grávida e ou para o feto”.

Durante a gravidez ocorrem alterações fisiológicas, e psicológicas normais, uma vez que o corpo da mulher está passando por um período de adaptações. A mulher deve estar preparada para saber quando essas mudanças são normais, ou quando podem trazer algum problema para a sua saúde e para o desenvolvimento do feto.

Assim Luciano, Silva e Ceccheto (2011, p.1264) afirmam que “durante o processo reprodutivo, a mulher passa por várias modificações físicas e emocionais. Tais mudanças são rápidas e intensas, afetando sua fisiologia, sua rotina e exigem sua adaptação, gerando insegurança e ansiedade. Essa condição é agravada na associação de determinadas doenças.”

Uma gravidez é considerada normal, sem intercorrência quando o feto e os componentes da gravidez forem expulsos. Segundo o Ministério de Saúde do Brasil (2010, p.11) “é importante alertar que uma gravidez que está transcorrendo bem pode se tornar de

risco a qualquer momento, durante a evolução da gravidez ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.”

### **1.3- Hipertensão arterial**

A pressão arterial é a pressão que o sangue exerce nas paredes das artérias. Carrageta (2006, p.1) afirma que “os valores da pressão arterial de cada indivíduo são determinados pela pressão a que o sangue circula nas artérias do organismo, em consequência da ação de bombeamento que o coração efetua por pulsação.”

Segundo o mesmo autor “de cada vez que o coração se contrai (sístole), o sangue é expelido através da artéria aorta. A pressão máxima atingida durante a expulsão do sangue é a chamada pressão sistólica (pressão máxima). Em seguida, a pressão dentro das artérias vai descendo à medida que o coração se relaxa. A pressão mais baixa atingida é a chamada pressão diastólica (pressão mínima) (ibidem).”

A HTA é diagnosticada através da avaliação de duas ou mais vezes da pressão arterial, e é encontrado um aumento dos valores pressóricos, quer diastólicos e sistólicos, assim o Consenso brasileiro de hipertensão (1999, p.257) afirma que “o diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial.”

Os valores da pressão arterial variam de pessoa para pessoa, no entanto Carrageta (2006, p.1) “considera que um indivíduo é hipertenso quando tem uma pressão arterial repetidamente superior ou igual a 140mmHg para a sistólica e/ou 90mmHg para a diastólica.”

Deve se ter em atenção a dimensão dos manguitos para a avaliação da TA, pois estes podem nos levar a falsos valores, como explica o Ministério da Saúde (2006, p.12) “um dos aspetos mais importantes para garantir a acurácia das medidas de pressão arterial é a utilização de manguitos de dimensões recomendadas para o uso nas diversas faixas etárias e locais de medida da PA. A utilização de aparelhos de pressão com manguitos de dimensões fora das recomendadas acarretará imprecisão dos resultados obtidos.”

**Tabela 2: Classificação da Tensão Arterial**

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: SOCESP (2015, p.20)

Para efetuar uma medição com valor diagnóstico, é fundamental avaliar a pressão arterial num ambiente calmo e confortável. Previamente à medição da pressão arterial Carrageta (2006, p.6) explica que “a pessoa deve descansar, na posição sentada, pelo menos durante 5 minutos; O membro superior deve estar relaxado, com o antebraço apoiado numa superfície plana; A braçadeira deve ter dimensões adequadas.”

Ainda nesta perspectiva o Ministério de Saúde (2006, p.14) avança que “a aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.”

Algumas condições são necessárias no momento da avaliação da TA como expõe Carrageta (2006, p.6) “a braçadeira deve ser insuflada de modo a que o pulso radial desapareça. Em seguida, deve-se desinsuflar lentamente até surgirem os sons auscultatórios (pressão arterial máxima) e posteriormente até desaparecerem definitivamente, o momento do desaparecimento corresponde à pressão arterial mínima.”

#### **1.4- Hipertensão arterial na gravidez**

A gravidez representa uma fase de vida, entretanto existem vários problemas que ocorrem durante a gravidez, que pode colocar em risco a vida da mãe e do feto nesse período, sendo um desses problemas a HTA. Segundo Neto e Wartchow (2012, p.179) “a definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140

mmHg e/ou diastólica > 90mmHg. O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis pressóricos durante o acompanhamento pré-natal.”

Ainda não são conhecidas as causas aparentes para uma grávida desenvolver a TA elevada na gravidez, assim Lowdermilk e Perry (2006, p.757) afirma que “a etiologia da TA elevada na gravidez é desconhecida. O que se sabe é que com o aumento da TA materna os fluidos saem do sistema vascular para os espaços intravasculares. O sangue torna-se hemoconcentrado com a diminuição do fluxo renal plasmática e da taxa de filtração glomerular.”

Não se deve fazer um diagnóstico da hipertensão da gravidez sem pelo menos fazer duas avaliações da PA, com um aparelho calibrado de mercúrio e a grávida deitada na posição lateral esquerdo, fazer a avaliação no braço direito. Na visão de Lowdermilk e Perry (2006, p.756) “o diagnóstico do aparecimento pela primeira vez de hipertensão durante a gravidez baseia-se pelo menos duas avaliações com, pelo menos, intervalos de 4 a 6 horas.”

Dois tipos básicos de hipertensão ocorrem durante a gravidez: hipertensão crônica e hipertensão induzida pela gravidez. Marques (2006, p.37) diz que “a hipertensão crônica existe anteriormente à gravidez e persiste para além dos 42 dias pós-parto. A hipertensão induzida pela gravidez é a elevação da pressão arterial que existe exclusivamente durante a gravidez.”

Nesta mesma ordem de pensamento o mesmo autor explica que “o diagnóstico ocorre geralmente após as 20 semanas de gravidez quando em pelo menos duas leituras de pressão arterial separadas por 6 horas, se verificam valores de 140/90 mmHg ou superiores (*ibidem*).”

Ainda para complementar Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p.649) afirmam que “o termo hipertensão na gravidez cobre uma variedade de distúrbios geralmente divididos em dois grupos: distúrbios hipertensivos crônicos (Hipertensão crônica ou Pré eclâmpsia/ eclâmpsia superposta) e hipertensão gestacional ou hipertensão induzida pela gestação (hipertensão transitória, proteinúria gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia).”

#### **1.4.1- Sinais e sintomas da Hipertensão na Gravidez**

O enfermeiro deve estar atento durante as consultas de pré-natal para descartar qualquer possibilidade de HTA na gravidez. De realçar que por vezes as grávidas não apresentam qualquer sintomatologia de HTA associado, porém, deve-se ter em atenção que

a ausência de sintomas pode levar a grávida a uma complicação no momento do parto, evoluindo para uma pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

Seguindo este raciocínio Burroughs (1995, p.327-328) realça que:

os distúrbios hipertensivos da gestação variam em gravidade, bem como os achados clínicos, o que torna a avaliação da enfermagem muito importante, para o controle das condições. Como a gestante sente-se bem, ela custa a entender a necessidade de controlo rigoroso para avaliação de seu estado de saúde. Algumas gestantes com hipertensão ou pré-eclâmpsia são assintomáticas, podendo apresentar pequeno, pouco ou nenhum edema periférico, após o repouso na cama.

Na HTA “a linha basal da pressão sanguínea (ou pressão sanguínea normal) é, muitas vezes, desconhecida, porque muitas grávidas, principalmente as que procuram as clínicas de pré-natal, recorrem ao atendimento no final da gestação. É por esta razão que o nível estabelecido de 140/90mmHg para a pressão sanguínea é significativo. (Burroughs, 1995, p.328).”

O edema pode ser considerado o primeiro sinal de hipertensão na gravidez, sendo que Enkin (2005, p.41) realça que “o edema afeta aproximadamente 85% das mulheres com pré-eclâmpsia. Pode surgir subitamente, e pode estar associado a uma rápida velocidade de ganho ponderal. Todas as mulheres sem edema, e com edema de início precoce ou tardio, possuem uma incidência semelhante de hipertensão.”

A retenção hídrica leva a um aumento rápido de peso, que posteriormente leva ao aparecimento da anasarca, pois na perspetiva de Rezende, 2000, p.689):

Sob a influência isolada ou concomitante desses elementos, anota-se a retenção hídrica no espaço intersticial. Em condições anormais, há insólito aumento ponderal que, enquanto não se exterioriza por edema declarado, tem o nome de edema oculto. Essa condição determina manifestações disestésicas das mãos (formigueiro), distensão da pele ao nível das pernas (aspeto de “casca de laranja”), cansaço fácil e deformação mais ou menos visível do nariz (traços grosseiros).

Ainda seguindo este pensamento Burroughs (1995, p.327) afirma que “o edema da face e das mãos, entretanto, é um sinal de alerta, porque caracteriza o edema generalizado da hipertensão na gestação. Este sinal é, primeiramente, observado por um ganho de peso de mais do que 900g por semana.”

Rezende (2000, p.689) realça que “devem-se considerar duas formas de edema: o edema oculto e o edema visível. O primeiro caracteriza-se apenas pelo rápido aumento de peso: no segundo, além de comprovação do facto, a compressão de face anterior da perna determina formação de godé característico.”



Ainda continuando essa ideia “costuma-se classificar o edema em graus: na escala ascendente, ele atinge os membros inferiores do maléolo até a tíbia (+); estende-se às coxas e também aos membros superiores (++); alastra a todo o corpo excluindo as cavidades serosas (+ + +) e, finalmente, constitui o derrame generalizado ou anasarca (++++) (*ibidem*).”

Um outro sinal de HTA na gravidez é a proteinúria que é indicada como a perda de proteínas pela urina, sendo um sinal laboratorial muito importante principalmente se aparece associada à hipertensão, podendo denotar casos de pré-eclâmpsia.

Neste sentido Rezende (2000, p.689) diz que a “proteinúria aparece geralmente, após o aparecimento da hipertensão. É achado comum na DHEG, mas, além das variações individuais, deve-se considerar a que ocorre na mesma grávida, nas diversas fases do dia (na dependência do vaso espasmo dos capilares glomerulares), tratando-se de proteinúria, e não de albuminúria, pois na urina aparecem outras proteínas além da albumina.”

Deste mesmo modo Enkin (2005, p.40) realça que “a excreção renal de proteínas aumenta na gravidez normal, e a proteinúria só é considerada anormal quando ultrapassa 300 mg em 24 h. A proteinúria geralmente é um sinal tardio nos distúrbios hipertensivos induzidos pela gravidez, e está associada a um aumento de risco de má evolução fetal.”

“A proteinúria demonstra redução da função urinária, o que é motivo de preocupação. Como limite clínico, aceita-se que grávidas normais possam apresentar proteinúria de até 0,6g nas 24horas. A proteinúria pode ser discreta e até faltar; nas formas mais graves têm sido dosadas de 1 a 61 g/h. Na eclâmpsia, pode surgir a oportunidade de verificar 64 g/h. (Rezende, 2000, p.689).”

## **1.5- Classificação da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez**

Para uma melhor compreensão da SHEG é importante expor o conceito de Síndrome. Assim Guimarães (2002, p.415) define Síndrome como “um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam uma entidade mórbida.”

As Síndromes hipertensivas são complicações frequentes na gestação e estão presentes até nos atendimentos de urgência e emergência hipertensiva. Para Branden (2000, p. 136-137):

Existem duas formas básicas: pré-eclâmpsia (forma não-convulsiva marcada pelo início da hipertensão aguda após a 20ª semana de gestação) e eclâmpsia (forma convulsiva que incide

entre a 20ª semana de gestação e o final da primeira semana após o parto). Essa síndrome pode desenvolver-se em qualquer ocasião a partir da 20ª semana de gravidez ou no período puerperal imediato. A pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia pode ser complicada por uma síndrome descrita pelo acróstico HELLP (H- Hemólise, EL- elevação das enzimas hepáticas, LP- contagem baixas de plaquetas. As complicações maternas resultantes dessa síndrome podem ser a coagulação intravascular disseminada (CID), descolamento prematuro da placenta, insuficiência renal aguda, edema pulmonar e hematoma hepático roto.

Amed (2000, p.200) defende que “a classificação mais utilizada para os estados hipertensivos na gravidez é uma modificação pelo National High Blood Pressure Education Working Group: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG); Hipertensão Crônica; Hipertensão Crônica com Pré- Eclâmpsia Sobreposta; Hipertensão transitória da gravidez.”

### **1.5.1- Doença Hipertensiva Específica da Gravidez**

Entre todos os tipos de Síndromes Hipertensivas encontrados na gravidez o que mais chama a atenção dos profissionais da saúde é a que surge na segunda metade da gravidez e que desaparece no término do estado gravídico, onde se enquadra a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG).

A DHEG “caracteriza-se pela tríade sintomática: hipertensão, edema e proteinúria. O aparecimento dessas manifestações, em grávida normotensa, ou o agravamento do quadro hipertensivo, após 20 semanas sugerem, obrigatoriamente, a suspeita da pré-eclâmpsia (Rezende, 2000, p.688).”

Para além da gravidez a DHEG pode ter outras causas antecedentes da gravidez. De acordo com Branden (2000, p.136) “o distúrbio hipertensivo pode resultar diretamente da própria gravidez ou preceder a gestação e ser secundária a uma doença cardiovascular ou renal.”

O edema, a hipertensão e a proteinúria são sinais específicos da DHEG, o aumento brusco de peso também pode chamar a atenção dos profissionais de saúde, pois segundo Rezende (2000, p.669) “a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) surge, em geral, no terceiro trimestre da gravidez e caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão, edema e proteinúria. A hipertensão pode ser precedida pelo edema visível ou oculto (aumento brusco de peso) e, exceccionalmente, por discreta proteinuria (traços ou menos de 0,5%).”

O mesmo autor acrescenta que “entretanto é a elevação da pressão arterial além de 140×90 mmHg ou aumento dos níveis tensionais em 30 mmHg para a pressão sistólica e de 15 mmHg para a pressão diastólica, o principal elemento para a identificação da entidade. Tais aumentos devem ser comprovados pelo menos duas vezes dentro de 6 horas.(*ibidem*).”

#### **1.5.1.1- Fisiopatologia da Doença Hipertensiva Específica da Gestação**

A DHEG envolve várias disfunções do organismo como alterações do metabolismo ou do endotélio, neste sentido Carvalho (2008, p.10) refere que “a pré-eclampsia é uma doença sistêmica, na qual estão envolvidos vasoconstrição, alterações metabólicas, disfunção endotelial, ativação da cascata da coagulação e resposta inflamatória aumentada. Na gênese dessas alterações estão envolvidos aspectos imunológicos, genéticos, e placentação inadequada.”

Seguindo a mesma ordem de raciocínio Burroughs (1995, p.329) alerta que “o primeiro distúrbio da DHEG é a vasoconstrição arterial periférica e o espasmo dos vasos, levando a alterações em diversas funções orgânicas maternas. O espasmo das arteríolas leva ao aumento do nível de pressão sanguínea e, finalmente, ao decréscimo do fluxo sanguíneo ao útero e à placenta.”

#### **1.5.2- Pré-eclâmpsia**

A pré-eclampsia é caracterizada como a hipertensão que aparece após a vigésima semana da gestação, associado com proteinúria e edema. Parafraseando Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p.649):

a pré eclâmpsia, uma condição específica da gestação na qual a hipertensão desenvolve-se após as 20 semanas de gestação numa mulher previamente normotensa, é um processo de doença multissistêmico, vasoespástico, caracterizado pela hemoconcentração, pela hipertensão e pela proteinúria. O diagnóstico da pré eclâmpsia baseia-se tradicionalmente na presença de hipertensão com proteinúria, no edema patológico ou ambos. A pré-eclâmpsia pode ser caracterizada como leve ou como grave.

Para Zanotti, Zambom e Cruz (2009, p.4) a pré-eclâmpsia leve é definida quando “existe hipertensão com valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg, associado a proteinúria e ao edema que não cede com repouso, e apresenta início súbito, ou ainda quando há um ganho de 500g ou mais por semana.”

As grávidas com pré-eclâmpsia leve, de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2010, p.30-31) na avaliação das condições maternas deve constar:

Pressão arterial de 4/4h durante o dia; Pesagem diária; Pesquisa de sintomas de iminência de eclampsia: Cefaleia frontal ou occipital persistente; Distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose); Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhada ou não de náuseas e vômitos; Híper-reflexia; Proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas; Hematócrito e plaquetas; Provas de função renal e hepática. Não há necessidade de tratamento medicamentoso.

Em relação aos cuidados prestados ao feto deve constar “Contagem de movimentos fetais diariamente; Avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico. Se os resultados estiverem normais, repetir o teste a cada três semanas. A reavaliação materna e fetal deve ser imediata se ocorrem mudanças abruptas nas condições maternas, redirecionando a conduta (Ministério da Saúde do Brasil, 2010, p.31).”

“Nas gestações pré-termo, o controle ambulatorio pode ser iniciada após a hospitalização se confirmadas condições materno-fetais estáveis, com as seguintes recomendações: Consultas semanais; Repouso relativo; Pesar diariamente pela manhã; Proteinúria na fita semanalmente pela manhã; Medir a pressão arterial pelo menos 1 vez ao dia (*ibidem*).”

A presença dos sinais e sintomas demanda retorno imediato ao hospital. De acordo com o Ministério de Saúde do Brasil (2010, p.31) são esses os principais:

Pressão arterial > ou = 150/100 mmHg; Proteinúria na fita ++ ou mais; Aumento exagerado de peso; Cefaleia grave e persistente; Dor abdominal persistente, principalmente na região epigástrica e hipocôndrio direito; Sangramento vaginal; Presença de contrações uterinas regular; Presença de distúrbios visuais como diplopia, fotofobia, escotomas, etc.; Náusea ou vômitos persistentes; Diminuição dos movimentos fetais.

“Na pré-eclampsia grave, a pressão arterial é tida com valor maior ou igual a 160/110 mmHg, ou com qualquer outro sinal como cefaleia, alterações visuais, náuseas, vômitos e dor abdominal (normalmente acima do umbigo), falta de ar, dor pélvica, sangramento vaginal, hematúria, confusão mental, anemia hemolítica, edema pulmonar, cianose, e proteinúria de 3g ou mais nas 24 horas (Zanotti, Zambom e Cruz, 2009, p.4-5).”

O Ministério de Saúde do Brasil (2010, p.32) alerta que “as grávidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave deverão ser internadas, solicitados os exames de rotina e avaliadas as condições maternas e fetais. Avaliar necessidade de transferência para

unidade de referência, após a estabilização materna inicial. Se a idade gestacional for maior ou igual a 34 semanas, devem ser preparadas para interrupção da gestação.”

Ainda complementando as ideias realça que “a conduta conservadora pode ser adotada em mulheres com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 33 semanas e 3 dias, através de monitoração materno fetal rigoroso, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. As gestantes nessas condições devem ser admitidas e observadas por 24 horas para determinar a elegibilidade para a conduta (Ministério de Saúde do Brasil, 2010, p.32).”

A mulher deve estar atenta aos sintomas de pré-eclâmpsia para facilitar o seu controle. De realçar também que o parceiro pode estar informado para notar qualquer alteração no corpo da mulher, como o edema da face.

Seguindo esta ordem de pensamento, Bottomley, O'Reilly e Rymer (2008, p. 253) referem que “as características da pré-eclâmpsia têm origem na invasão trofoblástica, anômala, da placenta durante a fase inicial da gravidez. A habitual baixa resistência e elevado fluxo não se desenvolve nas artérias espirais do útero, daí resultando uma disfunção vascular endotelial difusa materna com vasoconstrição e agregação plaquetária.”

Ainda o mesmo autor salienta que “as mulheres com hipertensão podem referir cefaleias ou alterações visuais. Na pré-eclâmpsia pode também manifestar-se dor epigástrica, náuseas, vômitos e edema. O edema é mais frequente na face e dedos e as mulheres podem aperceber-se que não conseguem tirar os anéis. O edema da face pode ser notado pelo parceiro. (*ibidem*).”

É de ter muita atenção nos variáveis que podem influenciar os valores da TA, para isso Bobak (1999 p.585) descreve que “a avaliação frequente e precisa dos valores da tensão arterial é importante para o estabelecimento dos valores de referência e registo de alterações durante a gravidez. Muitas variáveis podem influenciar os valores da TA como: posição, tamanho da braçadeira, membro utilizado e estado emocional.”

De acordo com Bottomley, O'Reilly e Rymer (2008, p.253), “a pressão arterial deve ser medida a 45°, com um *cuff* adequado. Se a circunferência do braço for superior a 80% da dimensão do *cuff*, deverá ser utilizado um maior, para se evitar a subavaliação da pressão arterial.”

Neste mesmo ponto de vista o autor refere que “o primeiro som Korotkoff (fase I) que corresponde ao início dos batimentos audíveis, significa a pressão arterial sistólica. A leitura diastólica é realizada ao nível do quinto som Korotkoff (fase V), isto é, quando o

silêncio ocorre. Numa minoria de mulheres não ocorre silêncio, neste caso é utilizado o som Fase 4 (amortecido) (*ibidem*).”

### **1.5.3- Eclâmpsia**

A ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais. De acordo com Rezende e Montenegro (2005, p.5) a Eclâmpsia é definida como “ a presença de convulsões em mulheres com Pré-Eclâmpsia podendo ser seguida de coma ou não.”

Alguns cuidados pode ajudar a estabilizar o quadro, como refere o Ministério da Saúde do Brasil (2010, p.36) a grávida deve permanecer “num ambiente tranquilo, o mais silencioso possível; Decúbito elevado a 30° e face lateralizada; Cateter nasal com oxigênio (5 l/min); Punção de veia central ou periférica calibrosa; Cateter vesical contínuo.”

A terapia anti convulsionante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como no aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga de eleição para tal. Deve ser utilizada nas seguintes situações:

“Grávidas com eclâmpsia; Grávida com pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas; Grávidas com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação; Grávidas com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gravidez e existe dúvida se a terapia anti convulsionante deve ser utilizado (o critério do médico assistente). (Ministério de Saúde do Brasil, 2010, p.36).”

“O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose. (*ibidem*).”

### **1.5.4- Síndrome de Hellp**

De acordo com o Ministério de Saúde do Brasil (2010, p.38) a Síndrome de Hellp “é o quadro clínico caracterizado por hemólise (H = “hemolysis”), elevação de enzimas hepáticas (EL = “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP = low platelets count”)”. Embora acompanhe outras doenças, em Obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia.”

A síndrome de Hellp é uma emergência em que, na maioria das vezes, a interrupção da gravidez é o único caminho a seguir para salvar a vida da grávida. Nem sempre o feto ainda está apto para sobreviver no meio extrauterino. Para Pascoal (2002, p.257):

Uma variante da pré-eclâmpsia, denominada síndrome HELLP, constitui uma emergência que, na maioria das vezes, requer a interrupção da gravidez. Entretanto, em pacientes apresentando apenas discreta elevação da pressão arterial, pequena diminuição do número de plaquetas, modesta alteração da função hepáticas e nenhuma alteração da função renal, uma conduta conservadora pode ser considerada, sabendo entretanto, que esta forma de pré-eclâmpsia pode evoluir rapidamente para uma condição ameaçadora, com intensa hemólise, alterações da coagulação e elevação descomunal ( $> 200$  UI) dos níveis de transaminases.

Os sintomas da Síndrome de Hellp podem ser confundidos com os da pré-eclâmpsia, daí deve ensinar a grávida a diferenciá-los. Weinstein (1982, p.142-159) refere que “os sinais e sintomas envolvidos na Síndrome de Hellp são extremamente variáveis e confundem-se com aqueles da pré-eclâmpsia grave: cefaleia, distúrbios visuais, mal-estar generalizada, entre outros. A dor epigástrica ou no quadrante superior é o sintoma de mais relevância para sugerir a existência da síndrome.”

Nas grávidas em manejo conservador, o parto deve ser realizado pela via apropriado, neste sentido Bobak *et al.*, (1999, p.592) referem que “um colo não favorável (intacto e não dilatado), devido à idade gestacional e à natureza agressiva desta doença, implica a necessidade de uma cesariana, já que a indução prolongada do parto pode aumentar a morbidade materna.”

Parafraseando Nunes (2005, p. 53) “o manuseamento da gestante com Síndrome de Hellp não é tarefa fácil e ainda representa grande desafio para os profissionais de saúde em todo o mundo. Como, invariavelmente, há uma rápida e progressiva deterioração do quadro materno-fetal, todas as utentes com suspeita de Síndrome de Hellp devem ser hospitalizadas.”

Nesta mesma perspetiva Bobak *et al* (1999, p.592) relatam que “é importante quando realizada precocemente, a deteção clínica e laboratorial desta doença por forma a iniciar a terapêutica agressiva visando evitar a mortalidade materna e perinatal.”

### **1.5.5- Hipertensão crónica**

A hipertensão é considerada crónica numa gestação, quando a mulher já era hipertensa mesmo antes da gravidez, ou se a hipertensão for diagnosticada antes da

vigésima semana da gestação. Neste sentido, Lowdermilk *et al.*, (2002, p.651) afirmam que “a hipertensão crônica é definida como hipertensão presente antes da gestação ou diagnosticada antes da vigésima semana.”

Ainda Campos *et al* (2008, p.93) acrescenta que a “tensão arterial sistólica (TAS) $\geq$ 140mmHg e/ou tensão arterial diastólica (TAD) $\geq$  90mmHg pré-gestacional ou com aparecimento antes das 20 semanas, TAS $\geq$ 140mmHg e/ou TAD  $\geq$ 90mmHg após as 20 semanas e persistente além de 12 semanas pós- parto é também considerada como sendo hipertensão crônica.”

### **1.5.6- Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta**

A hipertensão crônica com pré eclâmpsia sobreposta é um dos piores diagnósticos de hipertensão na gravidez, afetando tanto a mãe como o feto. Na perspectiva de Pascoal (2002, p.257) “pode ocorrer em mulheres com hipertensão pré-existente e, em tais casos, o prognóstico para a mãe e o feto é pior do que qualquer uma das condições isoladamente. O diagnóstico é feito quando há aumento da pressão arterial (30mmHg sistólica ou 15mmHg diastólica) acompanhado de proteinúria ou edema, após a 20ª semana de gestação.”

Nas mulheres com hipertensão crônica a pré eclâmpsia se dá com o aparecimento da proteinúria, como descreve o Ministério da Saúde do Brasil (2010, p.28-29) “é o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (plaquetas maior que 100000/mm3) e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas.”

### **1.5.7- Hipertensão transitória da gravidez**

É a hipertensão que surge durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas pós-parto, como refere Bobak *et al.*, (1999, p.581) “é o desencadear de hipertensão durante a gravidez, ou 24 horas após o parto, sem quaisquer outros sinais de pré-eclâmpsia ou hipertensão pré-existente. A presença de hipertensão transitória pode ser preditiva do eventual aparecimento da hipertensão essencial.”



## **1.6- Fatores predisponentes da Hipertensão Arterial na gravidez**

Ainda são desconhecidas as causas específicas para o aparecimento da hipertensão na gravidez, assim sendo, é necessário identificar os fatores de risco que contribuem para o aparecimento da hipertensão arterial na gravidez.

Nesta linha de pensamento Lowdermilk (2006, p.757) afirma que “a causa da Hipertensão na gravidez é desconhecida. Nenhum perfil de uma doente identifica a mulher que terá pré-eclâmpsia. Contudo, certos fatores de alto risco estão associados ao seu desenvolvimento: primeira gravidez, gravidez múltipla, diabetes Mellitus pré existente e etnia afro-americana.”

### **1.6.1- Primigestas ou Primípara**

A grávida de primeira viagem apresenta maior risco de desenvolver a hipertensão na gravidez, independentemente da idade que apresenta, uma vez que o organismo entra em contato pela primeira vez com algo que lhe é estranho, e de acordo com Moraes e Viggiano (1997, p.14):

a pré-eclâmpsia teria como origem uma resposta imune materna anormal ao antígeno, desencadeada pelo aloenxerto feto placentário, sendo portanto, um estado de desequilíbrio entre a quantidade de anticorpos bloqueadores maternos e o de antígenos fetais. Na primigesta, pelo fato do organismo materno entrar em contato pela primeira vez com os antígenos fetais, estariam exacerbadas as reações imunológicas resultantes de uma baixa produção de anticorpos bloqueadores. Podemos afirmar que é consenso o fato de que a primeira gestação é um fator predisponente para PE, independente da idade da paciente.

Ainda Rezende (2000, p.687) acrescenta que “a maioria das mulheres que desenvolve hipertensão induzida pela gravidez encontra-se grávida pela primeira vez. A maior incidência da toxemia acontece nas primigestas, cuja parede abdominal é mais resistente que a das múltiparas.”

Quando o intervalo entre as gravidezes forem maior do que 10 anos existe, igualmente, um maior risco de adquirir a HTA na gravidez, neste sentido Roura (2003, p.620) cita que “quando o intervalo entre primeira e segunda gravidez é superior a 10 anos, o risco é similar outra vez ao de uma primigesta.”

### **1.6.2- Gravidez Múltipla**

Do estudo realizado sobre Gravidez Trigemelar por Torloni *et al* (2000, p.413) constatarem que “entre 15 pacientes (83,3%) ficaram internadas entre 1-50 dias antes do parto (média 21,9 dias + 18,2), sendo um terço por até 7 dias e um terço por > 30 dias. Os motivos foram trabalho de parto prematuro (TPP) inibido (5 casos), pré-eclâmpsia grave (4 casos), cérvicodilatação silenciosa (3 casos) e risco de rotura uterina devido ao antecedente de cesáreas (3 casos).”

Segundo Melson *et al* (2002, p.49) “as complicações maternas da gestação múltipla são acentuação do desconforto da gravidez, anemia, hidrâmio, hipertensão induzida ou agravada pela gravidez, placenta prévia (...), pois a assistência a mulheres com gravidez múltipla que desenvolvem hipertensão, pode ser particularmente importante, e deve seguir as recomendações de tratamento.”

### **1.6.3- Raça e Nível Socioeconómico**

Em relação ao nível socioeconómico, de realçar que “quanto mais baixo, maiores as deficiências nutricionais e mais precária a assistência durante o período pré-natal e quanto á raça, a incidência é mais elevada nas grávidas negras (Sousa *et al*,. 2009, p.49).”

Segundo Lavinha (2006, p.30) “possuir bons hábitos alimentares deve fazer parte de estilos de vida saudáveis e é fundamental para qualquer mulher que pense engravidar. Mulheres com excesso de peso devem ser incentivadas antes da gravidez a perder peso, não só para facilitar a conceção, mas também devido ao aumento de complicações na gravidez (HTA, diabetes) entre outras.”

Moraes e Viggiano (1997, p.15) referem que “o peso relativo da paciente no início da gestação correlacionado à sua altura, quando superior a 20% do peso ideal associa-se de forma estatisticamente significativa com pré-eclâmpsia.”

### **1.6.4- Idade materna**

A idade materna é dos fatores que mais contribui para o aparecimento da HTA na gravidez, como descreve Gonçalves e Monteiro (2012, p.277)

a hipertensão arterial é a complicação mais encontrada na gestação, ocorrendo principalmente em mulheres de idade avançada. Quando crónica, é diagnosticada na gravidez em mulheres com idade superior a 35 anos de duas a quatro vezes frequentemente em mulheres com 30 a 34 anos. A

incidência de pré eclampsia na população obstétrica geral é de 3 a 4% e na população maior de 40 anos aumenta para 5 a 10%.

### **1.6.5- Patologias associadas**

Para além dos fatores de risco acima mencionados existem outras patologias que podem contribuir para o aparecimento da HTA na gravidez como é o caso das diabéticas, das obesas e das hipertensas crónicas. Neste sentido Roura (2003, p.620) afirma que “qualquer situação ou doença que predisponha ao mau funcionamento do endotélio vascular (diabetes, obesidade, hipertensão crónica, dislipidemia, vasculopatias) ou sistema de coagulação (síndrome anti fosfolípido, doenças autoimunes e trombofilias) são fatores de risco para pré-eclâmpsia.”

Ainda Pascoal (2002, p. 258) acrescenta que:

mulheres hipertensas que desejam engravidar devem ser cuidadosamente avaliadas antes da conceção. A possibilidade de hipertensão secundária deve ser investigada, porque pacientes com doença renal, feocromocitoma ou hipertensão reno vascular tem maiores riscos de complicações durante a gravidez. A evolução é favorável na maioria dos casos de hipertensão essencial leve a moderada, mas há riscos de pré-eclâmpsia súpera juntada e outras complicações, se doença renal, diabetes ou colagenose estiverem associadas.

### **1.6.6- Hereditariedade**

Quando uma mulher sofre HTA na gravidez as suas filhas terão igualmente maiores chances de sofrerem de pré-eclâmpsia do que na população em geral. Na perspetiva de Sousa *et al.* (2009, p.52):

há uma tendência familiar de incidência de pré-eclâmpsia, cerca de quatro vezes maior em filhas de mães que apresentaram essa síndrome do que na população geral. Quando uma mulher sofre de pré-eclâmpsia, suas parentas próximas terão eclâmpsia durante uma primeira gravidez, diminuindo o risco na gravidez posterior, desde que as crianças sejam do mesmo pai (entra em ação um mecanismo de acomodação do organismo materno aos antígenos de origem paterna).

Quando se trata de parceiros diferentes o risco de pré-eclâmpsia é maior, Moraes e Viggiano (1997, p.15) relatam que “a exposição materna a novos antígenos fetais oriundos de outro parceiro é referida como fator predisponente de pré-eclâmpsia. O mesmo é destacado em referência a gestações oriundas de doação de ovócitos.”

É importante também conhecer os fatores que são considerados como protetores para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia, assim Moraes e Viggiano (1997, p.15) destacam as seguintes:

Abortamentos prévios- o fato dos antígenos fetais entrarem em contato com o organismo materno, é fator protetor para o aparecimento de pré-eclâmpsia numa futura gestação de termo; Gestação prévia de um mesmo parceiro- Estudos epidemiológicos indica que a exposição prévia aos mesmos antígenos paternos possui um efeito protetor contra o desenvolvimento da pré-eclâmpsia; Exposição frequente e anterior à gestação atual ao líquido seminal e ao espermatozóide; Gestações após transfusões sanguíneas prévias; Gestações após imunização por leucócitos; Gestações em casamentos consanguíneos.

## **1.7- Complicações da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez**

As complicações das SHEG são de extrema relevância, afetando tanto a mãe como o feto, aumentando assim o risco de mortalidade e morbidade. Desta feita será demonstrado que o Crescimento Intra Uterino Retardado (CIUR) e o descolamento prematuro de placenta, são complicações graves que poderão surgir nas mulheres que apresentam SHEG.

### **Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida**

O descolamento prematuro da placenta parece não ter causa exata, no entanto fatores como a HTA pode aumentar a sua incidência. Neste sentido Burroughs (1995, p.345), relata que “sua causa é desconhecida, no entanto, diversos fatores parecem aumentar a sua incidência. Está associado com a hipertensão materna, sendo mais comum em multíparas.”

De acordo com Bobak *et al* (1999, p.608) “o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI) ou placenta abrupta, é a separação de parte ou de toda a placenta do seu local de implantação. A separação ocorre na área da decídua basal, após a vigésima semana de gravidez, antes do nascimento do bebê.”

Ainda nesta mesma ordem Smith (2006, p.79) refere que o descolamento prematuro da placenta “ocorre quando esta se separa da parede do útero, causando hemorragia na parte posterior da placenta. Esta hemorragia pode ficar confinada à parte de

trás da placenta e, assim, nem sempre ocorrerá hemorragia vaginal. Se a hemorragia for grande, o útero fica com sensibilidade dolorosa.”

### **Crescimento Intrauterino retardado (CIUR)**

“Considera-se crescimento intrauterino retardado (CIUR) quando o peso ao nascer estiver abaixo do percentil 10 (p10) da curva de peso neonatal para idade gestacional. Sua frequência é estimada entre 10% a 15% de todas as gestações (Ministério da Saúde 2000, p.43).”

Citando Smith (2006, p.85-86) “se o Crescimento Intrauterino Retardado (CIUR) for detetada no início da gravidez, ela pode resultar de uma anomalia cromossômica, de infecção ou predisposição genética. Se ocorrer mais tarde, é geralmente causada pela diminuição da capacidade da placenta para sustentar o crescimento do bebê. Isto pode acontecer em condições de pré-eclampsia, diabetes ou outro problema da mãe, (...)”

A hipertensão na gravidez faz diminuir o volume sanguíneo da placenta, causando uma restrição na nutrição do feto. Parafraseando Burroughs (1995, p.319) “(...) Uma enfermidade materna que ocasione o suprimento sanguíneo inadequado pode causar a nutrição deficiente do feto. As condições maternas que resultam em suprimento vascular sanguíneo prejudicado, provavelmente, resultarão em um recém-nascido Pequeno para a Idade Gestacional (PIG).”

### **1.7.1- Função do enfermeiro na prevenção das complicações da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez**

Sendo a prevenção uma das melhores formas de evitar as complicações, é de extrema importância falar sobre a prevenção das complicações da SHEG. Deste modo achou-se pertinente mostrar o conceito de saúde. A OMS (1948) define a saúde como “estado de bem-estar total e não somente como ausência de doença ou de incapacidade”.

A promoção da saúde é um conceito multidisciplinar com inúmeras definições e que inclui aspectos organizacionais económicos, ambientais, a par de estratégias, visando em última análise, a mudança de comportamento que conduza a adoção de um estilo de vida saudável. A definição de promoção da saúde que tem sido utilizada foi adotada na carta de Otava em 1986. Ribeiro (2007, p. 184) publicou que é o “processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar.”

Quando atuamos no nível de prevenção primário ou seja, fazendo educação para saúde, é um fator influenciador diretamente relacionado com os resultados de cuidados positivos do paciente, na medida que a pessoa pode fazer modificações de comportamento optando por estilos de vida saudáveis de acordo com as informações que foram previamente oferecidas ao longo do ensino.

Nesta ordem de ideias Zanotti, Zambom e Cruz, (2009, p.2) esclarecem que “a educação em saúde efetiva dispõe de uma base sólida para o bem-estar individual e da comunidade. O ensino é um instrumento integrante que todas as enfermeiras utilizam para cuidar dos pacientes e famílias no desenvolvimento de comportamentos de saúde efetivos e na modificação dos padrões de estilo de vida que predispõem as pessoas aos riscos de saúde.”

Deve-se optar por comportamentos preventivos, os cuidados pré-natais precoces, essenciais para otimizar os resultados quer perinatais quer materno, identificar as mulheres em risco, reconhecer e comunicar os sinais e sintomas de alarme. Conforme Bobak *et al* (1999, p.590):

Os enfermeiros podem atuar efetivamente no papel de aconselhamento. Devem ser tomadas medidas para implementar educação para a saúde e melhorar o acesso aos cuidados na gravidez. São essenciais como comportamentos preventivos: o aconselhamento, encaminhamento para os recursos existentes, mobilização dos sistemas de apoio, educação sobre a nutrição e informações sobre as adaptações normais á gravidez. É essencial o apoio emocional e psicológico para a mulher/família a lidar com a situação. A sua percepção do processo de doença, das razões da sua ocorrência e dos cuidados prestados afetam a sua colaboração e participação no tratamento.

A grávida hipertensa deve ser redirecionada para adesão ao tratamento e consequente controlo da hipertensão, neste sentido, Fernandes, Souza, Lins, Fogaça, Mendonça e Sereno (2010, p.2) referem que “a enfermagem tem um papel importante no cuidado tanto domiciliar preventivo, como hospitalar durante as intervenções e tratamento. Portanto é indispensável o treinamento e conhecimento da equipe para estar atenta a qualquer tipo de intercorrência destinada à Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação.”

A identificação precoce da doença é um fator crucial na prevenção das complicações. Deste modo Rezende e Montenegro (1995, p.13) alertam que “a identificação precoce da doença tem como objetivo impedir a sua evolução para as formas mais graves e alcançar a maturidade fetal. Partindo desta premissa, os cuidados devem ser

iniciados no pré natal de baixo risco, principalmente às gestantes com maior probabilidade de desenvolver a doença. A pré eclâmpsia devidamente tratada quase sempre pode ser controlada de forma a não progredir até a convulsão.”

## **1.8- Assistência de Enfermagem às grávidas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez**

Antes de falar de assistência de enfermagem é pertinente falar da sua importância que ela exerce para o indivíduo, a família e a comunidade. A assistência de enfermagem no dia-a-dia vai se traduzir em importantes ações de cuidados como garantir conforto, bem-estar e acolhimento dos utentes.

Sabe-se que no momento atual a assistência de Enfermagem está voltada para sistematização do cuidado, com a preocupação de atender as necessidades humanas básicas do indivíduo, visando uma assistência de qualidade. Boff (2003, p. 100) afirma que “o ato de cuidar é muito mais que simples atenção, é dedicação, compromisso, afeto e respeito ao utente.”

Ainda Burroughs (1995, p.332) realça que “a assistência de enfermagem, prestadas nessas grávidas inclui a redução de ruídos e luzes para diminuição das cargas elétricas aos neurónios do sistema nervoso. É importante a frequente certificação dos sinais vitais. É também importante lembrar que a mulher pode ter convulsão após o parto e até mesmo no 1º e 2º dia do puerpério (raramente após 48 horas). Neste caso, a avaliação contínua é necessária até a estabilização das condições da mulher.”

A mulher em eminência de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia deve permanecer num quarto isolado, sem barulho nem iluminação, e os medicamentos de emergência devem permanecer junto da utente.

Neste sentido, Burroughs (1995, p.331) refere que “os equipamentos e as drogas de emergência devem permanecer no quarto da mulher. Eles incluem um respirador plástico, abaixador de língua revestido, equipamento de oxigénio e aspiração, um oftalmoscópio, os medicamentos como o Sulfato de Magnésio, o Gluconato de Cálcio e os estimuladores cardíacos.”

Ainda acrescenta que “se possível, o corpo inteiro e cabeça devem ser mantidos de lado, para prevenir a aspiração de muco ou vômitos para os pulmões. Durante os períodos de rigidez e contratura musculares, o corpo da mulher deve ser restringido, apenas

o suficiente, para que ela não se machuque ou caia da cama. Se possível, os lados da cama devem ser forrados com travesseiro (*ibidem*).”

**Tabela 3: Intervenções de enfermagem e resultados esperados das grávidas com SHEG**

<b>Intervenções de Enfermagem às grávidas com SHEG</b>	<b>Resultados esperados</b>
Observar o aumento repentino de peso, o edema, a elevação da pressão sanguínea e a proteinúria. Avaliar os reflexos em relação à hiperatividade;	Diminuição do edema nas mãos e nas faces; diminuição da elevação da pressão sanguínea;
Avaliar as modificações neurológicas, como a cefaleia e/ou a visão nebulosa. Avaliar o desconforto epigástrico;	Desaparecimento da cefaleia frontal, ausência de outros sinais neurológicos;
Avaliar a frequência cardíaca fetal através de monitorização eletrônica. Reconhecer a possível deficiência de perfusão na unidade feto placentária. Comunicar as desacelerações tardias na frequência cardíaca fetal;	Volta ao normal do padrão da frequência cardíaca fetal;
Discutir as implicações da Hipertensão na gravidez para a mãe e para o feto. Explicar a importância das medidas terapêuticas;	A mulher demonstra compreender as implicações da enfermidade para si mesma e para seu filho;
Tomar conhecimento dos sentimentos da gestante sobre o repouso na cama e da restrição das atividades;	A mulher manifesta seus sentimentos sobre o repouso na cama, reconhecendo a sua necessidade;
Explicar que, geralmente, os sintomas melhoram com o tratamento. Explicar a necessidade de avaliação cuidadosa, para reduzir o risco de complicações.	A mulher demonstra confiança na assistência de enfermagem recebida.

Fonte: elaboração própria. Informações recolhidas em Burroughs (1995, p.330)



### **1.8.1- Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (NANDA e NIC) nas grávidas com Hipertensão Arterial**

Depois da ilustração dos principais conceitos relacionados com a Hipertensão Arterial na Gravidez, é essencial relatar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, assim é importante apresentar o conceito de Diagnóstico de Enfermagem.

Assim, Carpenito (1998, p.13) apresenta uma definição de Diagnóstico de Enfermagem, aprovada em 1990, que consiste em “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família, ou da comunidade aos problemas/processos de vida atuais ou potenciais. Os Diagnósticos de Enfermagem proporcionam a base para a seleção de Intervenções de Enfermagem visando obter resultados pelos quais a enfermeira é responsável.”

Ainda para Braga e Cruz (2003, p. 241) “os diagnósticos de enfermagem são os focos clínicos da ciência de enfermagem, e atividades diagnósticas que vão aproximar os enfermeiros dos seus utentes, possibilitando-lhes conhecer melhor suas respostas físicas e emocionais.”

Segundo McCloskey e Buleckek, (2004, p. 40) a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) “apresenta uma lista completas de intervenções de enfermagem que abrange a prática de generalista e das áreas especializadas.” Assim serão elencadas um conjunto de intervenções de enfermagem que os enfermeiros vão poder implementar durante o tratamento e diagnósticos para aumentar os resultados obtidos pelo utente.”

Feitas essas considerações, achou-se pertinente apresentar os principais diagnósticos de Enfermagem *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e suas respetivas intervenções de enfermagem *Nursing Interventions Classification* (NIC).

**Tabela 4: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem**

<b>Diagnósticos de enfermagem NANDA</b>	<b>Intervenções de enfermagem NIC</b>
<i>Deficit</i> de conhecimento sobre a doença, procedimentos e exames, relacionados com a falta de experiencia prévia, dificuldade de memorização e interpretação errada de informação.	-Facilitação da aprendizagem; -Ensino: processo da doença; -Ensino: dieta prescrita; -Ensino: procedimento/tratamento.
Aumento da retenção hídrica relacionado às alterações fisiológicas da hipertensão	-Terapia endovenosa; -Controle de eletrólitos: hipercalcemia;

gestacional e o aumento do risco de sobrecarga hídrica.	-Controle de líquidos; -Monitorização dos sinais vitais.
Alteração da perfusão tecidual, cardíaca, cerebral e fetal, relacionado à alteração do fluxo sanguíneo placentário.	-Monitorização dos sinais vitais; -Monitorização eletrónica do feto: intraparto; -Monitorização de líquidos; -Oxigenoterapia; -Precauções contra convulsões.
Risco de lesão decorrente de convulsões.	-Prevenção de quedas; -Cuidados na gravidez de alto risco; -Precauções contra convulsões; -Controle de convulsões.
Ansiedade relacionada à preocupação com a saúde e a do feto.	-Redução da ansiedade; -Melhora do enfrentamento; -Técnica para acalmar.
Diminuição do débito cardíaco em virtude da pré-carga diminuída ou terapia anti-hipertensiva.	-Controle de vias aéreas; -Controle de medicamentos; -Monitorização de sinais vitais.
Intolerância à atividade relacionado ao repouso no leito.	-Cuidados com o repouso no leito; -Posicionamento; -Promoção da mecânica corporal.

Fonte: NANDA e NIC

## **CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA**

## **2. Metodologia de Investigação**

Depois de ter exposto os conceitos chaves para a compreensão do tema, segue a fase metodológica que tem como finalidade descrever a metodologia da investigação em estudo, como propósito de apresentar as questões metodológicas e fazer a descrição de todo o processo metodológico utilizado no decorrer do trabalho. Isto permite também a realização de um estudo sistemático a partir do qual se pretende alcançar os objetivos propostos para esta investigação.

Deste modo, Fortin (2009, p. 310) refere que a metodologia é “a fase em que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com o objetivo de apresentar as questões metodológicas como o instrumento de recolha de dados, a amostra selecionada e os procedimentos efetuados para a elaboração do estudo.”

Após uma reflexão sobre os diferentes métodos existentes e os objetivos do estudo, optou-se pelo método qualitativo de modo a garantir a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo.

Este estudo é descritivo na medida em que pretende apontar, identificar e conhecer a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez: Assistência de enfermagem às grávidas hospitalizadas na maternidade do HBS. Fortin (1999, p.162) afirma que “o objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo.”

De acordo com Fortin (2009, p.37) “a investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compreensão alargada, com vista à elaboração de teorias.” Este estudo tem carácter exploratório uma vez que o tema ainda é pouco explorado em trabalhos académicos realizados em Cabo Verde.

### **2.1- Tipo de Pesquisa**

A presente investigação foi realizada em duas etapas, na primeira fase foi elaborado o projeto do Trabalho de Conclusão do curso (PTCC) que se revelou muito importante, na medida que permitiu delimitar e fundamentar o tema a ser abordado, havendo nessa etapa a necessidade de efetuar uma breve revisão da literatura que permitisse identificar os conceitos chaves e definir os objetivos gerais e específicos da investigação a ser realizada na segunda etapa. A elaboração de cada um dos referidos itens foi realizada de acordo com um cronograma (apêndice IV), elaborado durante a fase de realização do projeto do trabalho.

A segunda etapa deste trabalho trata-se da concepção da investigação, sobre o tema em estudo, para tal investigação e para dar resposta a Pergunta de Partida: Qual é a assistência de enfermagem prestada às grávidas hospitalizadas com SHEG na Maternidade do HBS?

Tendo em conta as características da presente investigação, a melhor forma de compreensão sobre a assistência de enfermagem às grávidas hospitalizadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, considerou-se pertinente traçar um estudo qualitativo da abordagem fenomenológica.

Acredita-se que se trata do desenho que mais se adequa a essa investigação, no sentido de que o objetivo da presente não é quantificar mas sim analisar percepções individuais dos participantes sobre o fenómeno em estudo.

Fortin (1999, p.149) expõe que “o objetivo perseguido consiste, portanto, em conhecer uma realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem. O que significa que os participantes neste tipo de estudo são os que, verdadeiramente, vivem a experiência: a análise fenomenológica implica, assim, uma descrição fina, densa e fiel da experiência relatada.”

Com o presente trabalho objetivou-se conhecer a assistência que os enfermeiros prestam às grávidas hospitalizadas com SHEG na Maternidade do HBS. Trata-se assim de uma abordagem fenomenológica tendo em conta que a análise é feita com dados subjetivos, ou seja, são dados sobre os conhecimentos que as entrevistadas possuem, sem no entanto provar se são conhecimentos científicos ou empíricos.

Esta abordagem oferece uma base segura como demonstra Fortin (2009, p. 36) “a fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem por objetivo o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas.”

## **2.2- Instrumento de Recolha de Informações**

Tendo em conta o desenho metodológico eleito para o presente estudo, foi utilizado como instrumento de recolha de informações a entrevista estruturada pois, crê-se ser o mais relevante para atingir os objetivos delineados, possibilitando desta feita a identificação e análise das percepções das entrevistadas sobre o tema em estudo.

As informações foram recolhidas pela própria investigadora, nos meses de Maio e Junho através da utilização de um guião de entrevista (Apêndice II). As entrevistas foram realizadas pessoalmente aos profissionais de saúde da Enfermaria de Maternidade do HBS

tendo uma duração compreendida entre 15 a 25 minutos. As entrevistas foram feitas em crioulo, tendo em conta ser a língua materna de todos os participantes e daí se sentirem mais à vontade para se expressarem. A transcrição foi feita em português, respeitando o mais fielmente possível as entrevistas originais feitas em crioulo.

Antes da aplicação das entrevistas foi realizado um pré-teste do guião, que foi corrigido pela orientadora, e depois foi pedido a duas colegas e dois enfermeiros que o lessem de modo a validar se o mesmo estava perceptível e coerente com os objetivos pré-definidos para a aplicação aos enfermeiros.

A entrevista sendo um instrumento de recolha de informações, constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação. Na perspetiva de Fortin (1999, p. 236) “a entrevista é um método de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.”

De acordo com Marconi e Lakatos (2005, p.199) a entrevista estruturada “é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano.”

### **2.3- Campo Empírico**

O Hospital Dr. Baptista de Sousa, adiante designado HBS, é um estabelecimento público de regime especial dotado de órgãos, serviços e património próprio de autonomia administrativa nos termos do decreto-lei nº 83\2005 de 19 de Dezembro, com sede na ilha de São Vicente, Cabo Verde.

O HBS é considerado como serviço de saúde de referência da região de Barlavento, com prestação de serviços diferenciados. Atende a comunidade regional com programas de extensão e atendimento às necessidades de saúde nas áreas ambulatoriais hospitalar, de serviços complementares de diagnóstico e terapia. O HBS tem por objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença, o ensino e a investigação nos termos que vierem a ser convencionados.

O estudo foi realizado no serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Dr. Batista de Sousa em São Vicente na cidade do Mindelo, sendo o único da ilha. Atende toda a população São-vicentina e ainda evacuações das outras ilhas de Cabo Verde. É dividido em três áreas de serviço, nomeadamente: Sala de Partos, Neonatologia e Enfermaria.

## **2.4- População alvo**

A população alvo são as enfermeiras da Maternidade do HBS, composta por 5 enfermeiras. Segundo Fortin (2009, p. 69) “a população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar, a propósito da qual deseja fazer generalização ou seja é um grupo de pessoas que tem características comuns ou permite delinear com precisão o tema de estudo e assim obter dados juntos da pessoa ou grupo homogéneo.”

Neste sentido os enfermeiros a participar no estudo foram selecionados tendo em consideração os seguintes critérios:

De inclusão:

- Ser enfermeiro da Maternidade do HBS;
- Vontade expressa de participar no estudo;
- Trabalhar na Enfermaria da Maternidade do HBS.

De exclusão:

- Trabalhar na Sala de Partos ou no serviço de Neonatologia;
- Ser enfermeiro chefe.

Esta caracterização permite explorar a riqueza das informações recolhidas e sustentadas pelas experiências individuais de cada participante.

## **2.5- Procedimentos Éticos**

Para a realização desta investigação, foi necessário fazer um pedido de autorização carimbada com o símbolo da Universidade do Mindelo e igualmente assinada pela direção do curso de Licenciatura em Enfermagem, que posteriormente foi autorizada pela Comissão de Ética do Hospital Batista de Sousa e pela Diretora do mesmo (Apêndice I).

Para que a colheita de informações fosse possível, e para garantir os direitos de desistir a qualquer momento e o anonimado dos participantes, foi-lhes disponibilizado um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III) com o objetivo de os convidar a participar da pesquisa, esclarecendo-lhes que a sua participação era totalmente voluntária, e que seriam respeitada a fidelidade das palavras utilizadas pelos participantes, que podiam

recusar a participar ou desistir a qualquer momento sem que isso pudesse acarretar qualquer constrangimento ou consequência.

Nesse âmbito foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Informado e disponibilizadas todas as informações necessárias para garantir uma participação de forma livre e autônoma.

Segundo Fortin (1999, p. 114) a ética “no sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um valor na vida dos indivíduos em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Ainda Fortin (2009, p.180) refere que “qualquer que seja os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conforme a ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência.”

Realça-se ainda que as entrevistas foram realizadas de forma individual e sigilosa e que ainda no sentido de salvaguardar a confidencialidade dos elementos recolhidos foi-lhes atribuído nomes fictícios, sendo identificadas de Enfermeira Antuérpia, Enfermeira Lisboa, Enfermeira Paris e Enfermeira Rotterdam.



## **CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA**

### 3. Análise de Resultados

Uma vez terminada a recolha de informações torna-se necessário organizá-las e tratá-las por forma a obter dados. Este capítulo será dedicado ao tratamento e análise dos resultados obtidos, e posteriormente apresentar a discussão dos resultados obtidos.

Foram entrevistadas quatro enfermeiras da Enfermaria da Maternidade do Hospital Batista de Sousa, ambas do sexo feminino, com faixa etária compreendida entre 35 aos 41 anos. Em relação à habilitação académica ambas possuem licenciatura. No que tange a anos de profissão, esta varia de 6 a 15 anos de serviço. Em relação ao tempo de serviço na Maternidade varia dos 5 os 11 anos.

**Tabela 5: Dados das entrevistadas**

Enf <sup>a</sup>	Idade	Grau académico	Anos de serviço	Anos de serviço da Maternidade	Serviço
Lisboa	35	Licenciatura	6	6	Enfermaria Maternidade
Paris	41	Licenciatura	15	11	Enfermaria Maternidade
Rotterdam	36	Licenciatura	11	6	Enfermaria Maternidade
Antuérpia	39	Licenciatura	5	5	Enfermaria Maternidade

Fonte: elaboração própria

#### 3.1- Apresentação dos dados da Entrevista

Para facilitar a análise das informações colhidas revelou ser pertinente organizá-las em categorias cuja exibição de cada uma será demonstrada por um pequeno texto narrativo e fragmentados das entrevistas cujo objetivo é validar a interpretação dos dados. Desta forma as análises das informações colhidas foram agrupadas em quatro categorias:

1º Categoria: Conceito da Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez

2º Categoria: Assistência de Enfermagem às Grávidas Hospitalizadas

3º Categoria: Fatores de risco mais prevalentes na Maternidade

4º Categoria: Limitações de Enfermagem na prestação de cuidados às grávidas hospitalizadas.

### **Categoria 1: Conceito de Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez**

Esta categoria foi determinada em virtude da necessidade de identificar a percepção das enfermeiras da Enfermaria de Maternidade do Hospital Batista de Sousa sobre a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez. O que foi perceptível é que todas têm uma percepção adequada em relação à SHEG e reconhecem os valores anormais da Tensão Arterial nas grávidas.

Em relação à questão colocada às enfermeiras constatamos que a maioria expõe o conceito de SHEG como sendo o aumento dos níveis de PA de uma grávida normotensa a partir da vigésima semana de gravidez.

Rotterdam- *“é uma manifestação clínica que resulta do aumento dos níveis de PA (140/90 mmHg), numa grávida normotensa, a partir da vigésima semana de gravidez, desaparecendo após o término do período puerperal.”*

Antuérpia- *“Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez é quando a grávida apresenta TA  $\geq$ 140/90 mmHg, numa grávida antes normotensa.”*

O que constatamos nessa categoria é que as enfermeiras têm uma noção clara dos valores de TA que são consideradas anormais numa gravidez, e que podem resultar na Hipertensão da Gravidez, e que são unânimes em relação ao conceito. Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez é caracterizada como a hipertensão arterial na gravidez, que consta de uma PA de no mínimo 140/90 mmHg.

### **Categoria 2- Assistência de Enfermagem prestada às grávidas hospitalizadas na Maternidade do Hospital Batista de Sousa com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez**

Achou-se pertinente elaborar esta questão para conhecer a assistência que as enfermeiras prestam às grávidas hospitalizadas com SHEG. O que constatou-se é que as enfermeiras prestam uma boa assistência a essas grávidas. Constata-se que as enfermeiras reconhecem o quão importante é dar uma assistência qualificada às grávidas, de modo a prevenir as complicações.

Ambas concordam que as intervenções reduzem o risco das complicações. O que quer dizer que devem estar sempre em alerta a essas grávidas para poderem atuar a tempo, caso surja alguma complicação.

O processo de enfermagem começa na confiança a essas grávidas, explicar os procedimentos, desenvolver estratégias de educação para a saúde, promover a mudança de comportamento, pode prevenir possíveis complicações.

Com as respostas das entrevistadas pode-se observar que têm uma base aceita das suas responsabilidades com este tipo de grávidas. Dando ênfase a resposta das entrevistadas, afirmaram que:

Rotterdam- *“avisar o médico de urgência sob qualquer anormalidade; administrar a terapêutica prescrita na hora certa; cateterismo vesical para a medição da diurese; avaliação dos sinais vitais.”*

Paris- *“orientação para a mudança de comportamento; avaliação da condição fetal e TA com maior frequência; proporcionar uma alimentação saudável.”*

Lisboa- *“orientação acerca da doença, vestuário e alimentação; seguir a prescrição médica rigorosamente; avaliação dos sinais vitais, se TA  $\geq$ 160/110 mmHg administrar 2,5ml de Hidralazina e avisar o médico.”*

Antuérpia- *“avaliação da Tensão Arterial; efetuar a medicação prescrita; proporcionar repouso num ambiente tranquilo; cuidados nutricionais.”*

### **Categoria 3- Fatores de risco mais prevalentes nas grávidas hospitalizadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez**

Para cumprir os objetivos traçados era necessário criar essa categoria como forma de identificar os fatores de risco que mais se destacam nas grávidas hospitalizadas com SHEG. Deste modo a percepção que se tem é que as primigestas, as múltiparas e a gravidez precoce são os que mais prevalecem entre as grávidas hospitalizadas.

Lisboa- *“os fatores de risco que mais prevalecem nas hospitalizações são as primigestas, a gravidez precoce e a multiparidade.”*

Paris- *“a gravidez precoce, a multiparidade e as grávidas que aparentam ter fracos recursos económicos são as que mais prevalecem nas hospitalizações.”*

Rotterdam- *“primeira gestação, gravidez precoce, obesidade, eminência de pré-eclâmpsia na gravidez anterior e as gestantes com mais de 35 anos, são os fatores de risco que se destacam na Maternidade.”*

Antuérpia- *“idade da gestante (<18 e >35 anos), obesidade e mulheres que apresenta múltiplas gestações, destacam em maior número nas hospitalizações.”*

Desta forma, é pertinente apostar mais na educação para a saúde, explicar das complicações que uma gravidez precoce ou tardia ou a multiparidade pode trazer para a saúde da mãe e do feto.

#### **Categoria 4- Limitações de enfermagem na prestação de cuidados às grávidas hospitalizadas.**

Esta categoria tem como finalidade apontar as limitações que a equipa de enfermagem tem na prestação de cuidados às grávidas hospitalizadas na Maternidade do Hospital Batista de Sousa.

Nesta questão deparou-se que há uma divergência de opiniões. Para uma entrevistada não existem limitações aquando da prestação de cuidados a essas grávidas, uma vez que existe um médico de urgência 24 horas por dia. Neste caso qualquer intercorrência é só avisar o médico para ele avaliar a grávida.

Lisboa- *“acho que não tem nenhuma limitação na prestação de cuidados às grávidas hospitalizadas, faço o que está ao meu alcance, qualquer anormalidade chamo o médico, uma vez que possui um médico 24 horas por dia na Maternidade.”*

Para as outras entrevistadas, a maior dificuldade que têm na prestação de cuidados a essas grávidas é a falta de equipamentos e um quarto devidamente estruturado para manter essas grávidas, e agir com maior rapidez em casos de urgência.

Rotterdam- *“não tem um quarto preparado com os fármacos e os aparelhos próprios para esses casos. Em caso de urgência temos que pegar o kit de urgência na sala de enfermagem, o que provoca uma correria nos corredores da enfermaria, assustando as outras pacientes, e os procedimentos são realizados em frente das outras grávidas hospitalizadas.”*

Antuérpia- *“o serviço da Maternidade tem poucos enfermeiros para satisfazer as necessidades de todos os pacientes hospitalizados. Temos falta de um quarto e monitores adequados.”*

É de realçar que a maioria dos turnos é composto por uma única enfermeira, o que muitas vezes dificulta a atenção para com todos os pacientes, uma vez que na maioria das vezes as enfermarias estão lotadas, e têm que prestar cuidados a todos. Muitas vezes são os pacientes dos mesmos quartos que vão avisar as enfermeiras que algum paciente está passando mal.

### **3.2- Análise dos resultados**

Depois do término da pesquisa e da análise detalhada das informações recolhidas é necessário fazer uma discussão dos resultados para uma melhor compreensão dos resultados obtidos. Após ter feito todo este percurso, pode-se afirmar que o objetivo geral e os objetivos específicos foram atingidos.

Respondendo à pergunta de partida: Qual a assistência de enfermagem prestada às grávidas hospitalizadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez na Maternidade do Hospital Batista de Sousa? De acordo com as informações recolhidas junto das enfermeiras: a avaliação da PA e das condições fetais nas horas certas, a educação para a saúde, proporcionar repouso no leito em decúbito lateral esquerdo, seguir a prescrição médica rigorosamente, proporcionar alimentação no leito, avisar o médico de urgência sobre qualquer eventualidade, são as assistências que prestam às grávidas.

Deste modo pode-se notar que as enfermeiras sabem da sua responsabilidade e compromisso com essas grávidas. A vigilância rigorosa e a assistência prestada na hora certa podem ser cruciais para prevenir possíveis complicações.

Analisando o primeiro objetivo específico: Identificar os fatores de risco para a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, ficou claro que a gravidez precoce, a multiparidade, as primigestas e a obesidade são os fatores que mais se prevalecem nas grávidas hospitalizadas, desta feita deve se optar pelo aconselhamento e pela educação a esses grupos de risco para a SHEG.

O enfermeiro deve aproveitar nas consultas de planeamento familiar para uma prevenção primária. Incentivar as mulheres com excesso de peso a diminuí-lo antes de engravidarem e explicar às mulheres com idade <18 e > 35 anos dos riscos que uma gravidez precoce ou tardia pode trazer para a sua saúde e ou a do seu filho.

Focando no segundo objetivo específico: Conhecer o protocolo utilizado na Maternidade do Hospital Batista de Sousa com as grávidas hospitalizadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez, pode-se constatar que existe um protocolo para as grávidas em eminência de pré-eclâmpsia/eclâmpsia que encontra na enfermaria e na sala de partos e é utilizado pelos enfermeiros seguindo a ordem médica. Na ausência do médico, os enfermeiros podem seguir o protocolo, registrando tudo o que for feito (Anexo I).

Quanto ao último objetivo: Apontar as limitações da equipa de enfermagem na prestação de cuidados às grávidas hospitalizadas, constatou que uma entrevistada relatou

que não existe limitações, que faz o que está ao seu alcance e chama o médico que encontra na Maternidade 24 horas por dia de urgência.

Para as outras enfermeiras a maior dificuldade é a inexistência de um quarto preparado com os fármacos e os aparelhos próprios para esses casos. Ainda referem que o número de enfermeiros existentes na Maternidade é insuficiente para cobrir a demanda de todos os pacientes hospitalizados.

É de realçar ainda que existe um quarto que possivelmente poderia servir para essas grávidas, com pouca iluminação e pouco ruído, mas não tem nenhum tipo de monitor e ou equipamento para tal situação. Os enfermeiros apelam pela formação constante, porque sempre algo muda na medicina, não fugindo a regra em Obstetrícia.

Assim, deste modo chegou-se ao fim da análise dos dados de forma satisfatória, pois conseguiu-se apurar que as respostas obtidas vão de encontro com as posições de alguns autores. Pode-se constatar que os enfermeiros têm uma ideia bem definida da importância de prestarem a assistência de enfermagem às grávidas hospitalizadas, de modo a prevenir complicações. Para tal, pode-se afirmar que as respostas ajudaram a atingir os objetivos propostos ao longo do trabalho.

Durante as entrevistas constatou-se que todos os enfermeiros têm noção do conceito da SHEG, da assistência que devem prestar às grávidas, do protocolo a ser seguido e das limitações que sentem em prestar cuidados, e que todos compartilham a mesma ideia: uma sala de cuidados especiais devidamente monitorizada para essas grávidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como finalidade conhecer a assistência que os enfermeiros da Maternidade do Hospital Batista de Sousa prestam às grávidas hospitalizadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez.

Deste modo é de realçar que o enfermeiro deve estar bem informado sobre o tema, de modo a prestar assistência adequada às grávidas e prevenindo as complicações desde o início do aparecimento dos sinais e sintomas. Também é de salientar que antes de mais o enfermeiro deve tentar aproximar o mais possível do cliente e da família, prestando cuidados hospitalares e apoio psicológico, de modo a encorajá-los a ultrapassar da melhor forma o seu medo e a angústia.

Chegando ao fim desta pesquisa pode-se aperceber que foi possível dar resposta à pergunta de partida, pois é perceptível no desenvolvimento desta pesquisa que os enfermeiros estão capacitados para prestarem assistência às grávidas hospitalizadas com SHEG.

Isto é comprovado com os relatos das entrevistas aplicadas às enfermeiras da Maternidade do HBS, e pelas observações feitas no campo empírico, expondo que é de extrema importância que tenha um espaço adequado para a hospitalização deste grupo de risco na gravidez, e por formações mais constantes nessa área considerada, uma prioridade em obstetrícia.

Constatou-se também que apesar da etiologia da hipertensão arterial na gravidez ser desconhecida, alguns fatores de risco como as primigestas, a idade avançada e a multiparidade têm contribuído para o aumento desta patologia e consequentemente a hospitalização destas grávidas.

Foi bastante gratificante trabalhar este tema, pois, forneceu novos conteúdos para a bagagem académica, enriquecendo-o ainda mais na medida em que proporcionou ótimas experiências e práticas vividas no campo de pesquisa, e por ser uma área de interesse pessoal despertou ainda mais o interesse em estudar o tema, fornecendo assim, um elemento de pesquisa aos estudantes e profissionais de saúde, sendo esta uma temática ainda pouco explorado a nível de trabalhos académicos em Cabo Verde.

Um dos obstáculos encontrados, foi o fato de no início não sabia como começar a fazer uma pesquisa científica, a chamada “caos inicial”, também a dificuldade em contactar as entrevistadas, não obstante, estes foram ultrapassados, tornando uma mais valia para a



investigação, contribuído para a aprendizagem e o aumento de aptidões académicas e profissionais.

A dificuldade em encontrar fontes bibliográficas relativamente ao tema, levou-me muitas vezes a recorrer em fontes digitais, para o enriquecimento do trabalho. Com a superação de estes e outros pressupostos, e o alcance dos objetivos, a pesquisa fica assim concluída.

Com base na experiencia vivida e adquirida ao longo da realização deste trabalho, pode-se realçar a grande pertinência do tema, reforçando que esta deve ser mais explorada em Cabo Verde, na medida em que é extremamente importante prestar uma boa assistência às grávidas com SHEG, de modo a prevenir as complicações.

### **Recomendações**

Após a pesquisa realizada, tendo em conta os fatores de risco para a hipertensão arterial na gravidez e as limitações que os enfermeiros sentem na prestação de cuidados às grávidas hospitalizadas com SHEG, achei pertinente apontar as seguintes sugestões:

- Apostar mais na educação para a saúde, devendo assim aproveitar as consultas de planeamento familiar para consciencializar as mulheres sobre as possíveis complicações que uma gravidez tardia e a multiparidade podem trazer à sua saúde e a do seu filho;
- Dar mais oportunidade de formações sobre a temática para que os enfermeiros possam sempre estar atualizadas sobre os avanços e as mudanças que decorre na medicina, não fugindo a regra em obstetrícia;
- Criar um espaço adequado, com condições favoráveis para o repouso destas grávidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amed. A. M. et al. *Assistência Pré-natal. Manual de orientação*, 2000;
- Bobak, Irene, Lowdermilk, Dietra, JENSEN, Margaret (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição. Lusociência;
- Braga, Cristiane; Cruz, Diná (2003). *A taxonomia II proposta pela North American. Nursing Diagnosis Association (Nanda)*. Revista latina-am Enfermagem; 11(2): p. 240.244. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a16.pdf> , acedido 21/05/2016, 13:23 ;
- Branden, Pennie Sessler (2000). *Enfermagem Materno- Infantil*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Reichman e Affonso Editores;
- Brasil, Ministério da saúde, (2006). *Cadernos de Hipertensão Básica- nº15. Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília- DF.;
- Boff, Leonardo. (2003). *Saber cuidar: Ética do humano: Compaixão pela Terra*, 9º Ed. Petropil, Rio de Janeiro: Vozes.
- Bortolotto, A. Luiz; (2015), Revista da SOCESP (Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo), volume 25, Nº1, Atha Comunicação e Editora, São Paulo;
- Burroughs, Arlene (1995). *Uma introdução a Enfermagem Materna*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artes Medicas;
- Campos, Diogo, Montenegro, Nunos e rodrigues, Teresa (Coord) (2008). *Protocolos de Medicina Materna- Fetal*. 2ª Edição. Lisboa: lidel;
- Carrageta, Manuel; (2006), *Tudo o Que Deve Saber sobre a Hipertensão Arterial*, nº 9, Lisboa, Portugal;
- Carpenito, U.; (2001) *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*; 8ªed. Porto Alegre: Artmed;
- Carvalho, M.A.B.; Melo, V.H.; Zimmermann, J.B. *Resultados perinatais de gestantes com Síndrome Hipertensiva da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, Minas Gerais. Rev. Med. Minas Gerais*. v.18, n.4, p.260-266, 2008;
- Carvalho, Maria Helena C. (2008). *Hipertensão, Revista brasileira da hipertensão*,10-11, disponível em: [http://www.sbh.org.br/revistas/2008/revistahipertensao1\\_2008.pdf](http://www.sbh.org.br/revistas/2008/revistahipertensao1_2008.pdf); acedido em 13/01/2016, 18:10;

- Direção Nacional do Planeamento, (2015), *Relatório ODM Cabo Verde 2015* (Dados referentes ao ano de 2014), Praia;
- Enkin; Murray (*et. al.*). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- Fernandes, Washington Luiz; Souza Roberta dos Santos; Lins, Renata Corrado; Gabriel Garbelini; Fogaça; Mendonça, Gabriel Rodrigues de (2010). “Assistência de Enfermagem à Gestante com Eclampsia e Pré-Eclampsia”, VII Simpósio Internacional de Ciências Integradas da UNAERP Campus Guarujá. Disponível em: <http://www.unaerp.br/index.php/sici-unaerp/edicoes-anteriores/2010/secao-16/1183assistencia-de-enfermagem-a-gestante-com-eclampsia-e-pre-eclampsia/file>. acessado em 10/3/2016;
- Fortin, Marie Fabien (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 1ªed, Loures, Lusodidactica.
- Fortin, Marie Fabien (1999). *O processo de investigação: Da concepção à Realização*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures – Portugal.
- Graça, A., (2014), *Introdução à investigação científica*, Mindelo, Edição da Universidade do Mindelo;
- Gonçalves, Záfia Rangel; Monteiro, Denise Leite Maia, (2012), Complicações maternas em gestantes com idade avançada, Rev. FEMINA vol.40 nº5, Brasil, disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>, acessado em 30/06/2016, 14:30;
- Guimarães, Deocleciano Torrieri; (2002), *Dicionário de termos médicos e de enfermagem*; 1.ed., São Paulo: Rideel;
- Lakatos, Eva Maria; Marconi, Maria de Andrade, (2005), *Fundamentos de Metodologia Científica*, 6º Edição, São Paulo, Editora Atlas;
- Lavínia, Isabel (2006) *Aspetos Nutricionais na Grávida Hipertensa e Obesa*. Arq Mat Alfredo da Costa. Nº 5 (30-33). Disponível em: <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/736/1/Arq%20MAC%202006%2030.pdf>, acessado aos 10/05/2016, 20:34.;
- Leonard Lowdermilk; Shannon E. Perry e Irene M. Bobak. (2002), 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed Editora;

- Luciano, Marta Pelizzari; Silva, Eveline Franco da; Ceccheto, Fátima Helena (2011). *Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes*. Revista enfermagem, volume 5, nº5 (1261-266). Disponível em: <file:///C:/Users/Presidente/Downloads/1727-19691-1-PB.pdf>, acessado em 10/01/2016, 15:30.
- Marques, Rosário (2006) *Doenças Hipertensivas da Gravidez. Perspetiva do Anestesista*. Arq. Mat. Alfredo da Costa 2006 Julho; 16 (5): 36-42. Disponível em: <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/733/1/Arq%20MAC%202006%2036.pdf>, acessado em 12/06/2016, 14:20.
- Mc Closkey, Joanne C. & Buleckek, Gloria M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Edição. Artmed;
- Ministério da Saúde, (2000), *Gestação de Alto Risco, Manual Técnico*, 3º edição, Brasília. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao_alto_risco.pdf), acessado 30/06/2016, 16:00;
- Ministério da Saúde, (2010), *Gestação de alto risco*, Manual técnico, Brasília, Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf); acessado em 09/01/2016, 10:32;
- Ministério da Saúde, (2014), *Relatório estatístico 2013*, Praia; disponível em [http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos/cat\\_view/34-documentacao/61-relatorio-estatistico](http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos/cat_view/34-documentacao/61-relatorio-estatistico), acessado em 14/01/2016, 21:26;
- Moraes, Vardeli Alves de, Viggiano, Maurício G.C. (1997) in Filho, Alberto Soares Pereira. *Hipertensão na Gravidez. Manual de Orientação*. FEBRASGO;
- Neto, Aristides Vitorino de Oliveira; Wartchow, Elisabeth Susana (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 32ªed, Ministério da Saúde, Brasil;
- O'Reilly, Barry; Bottomley, Cecília; Rymer, Janice; (2008), *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia*, Lusodidata;
- Pascoal Istênio F (2002). *Hipertensão e Gravidez*. Rev. Bras. Hipertensa Nº 9 (256-261). Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9->, acessado em 21/12/2015, 16:41;
- Perry; Lowdermilk (2006). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidata, 7ªEdição.

- Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van, (1995), *Manual de investigação em ciências sociais*, Paris, Gradiva;
- Relatório ODM Cabo Verde (Dados referentes ao ano de 2014), (2015), Praia;
- Rezende; J. Montenegro; C.A.B. *Obstetrícia fundamental*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995;
- Rezende J. *Obstetrícia*. 10ª Edição. Guanabara Koogan; RJ. 2005;
- Rezende, Jorge. (2000). *Obstetrícia*. 9º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- Roura, Luís Cabero (2003). *Tratado de ginecologia, obstetrícia e medicina da reprodução*. Espanha: Editorial Medica Panamericana;
- Smith, Norman C. (2006). *Compreender a Gravidez*, Porto, Porto Editora;
- Sousa, Araújo Santos, et al (2009), “Fatores de risco para a Síndrome Hipertensiva específica de gravidez”. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*. Vol.22. 1 (48-54);
- Torloni, Maria Regina et al (2000) *Gestação Trigemelar Espontânea: Complicações Maternas e Resultados Perinatais*. RBGO - v. 22, nº 7 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n7/12218.pdf>, 07/06/2016- 20:50;
- Weinstein L. *Syndrome of Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: A severe consequence of hypertension in pregnancy*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 142, p. 159 – 67, 1982;
- Zanotti, Daniela, Zambom e Cruz (2009). *Orientação de enfermagem na educação em saúde a Gestantes com doença hipertensiva específica da Gestação DHEG*:<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO35268199803.pdf> acedido em 15/12/2015, 17:12.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## Apêndice I- Declaração da Coordenação do Curso de Enfermagem

1. A S.E. para  
2. Devida e f...  
31/03/16

A Comissão de Ética  
parecer

Exma Diretora do Hospital Batista de Sousa

Dr<sup>a</sup>. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 30 de Março de 2016

01/04/2016

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de informações

Silvânia Gomes Silva, aluna nº 2832 do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso/monografia, vem por esta via solicitar a autorização para recolha de informações junto aos enfermeiros do serviço Maternidade do Hospital Batista Sousa sobre o tema: Doença Hipertensiva Específica da Gestação na Maternidade do Hospital Batista de Sousa.

O trabalho tem como objetivo geral:

- ✓ Conhecer a assistência de enfermagem prestados às grávidas hospitalizadas com Doença Hipertensiva Específica da Gestação na Maternidade do Hospital Batista de Sousa.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar os fatores de risco da Doença Hipertensiva Específica da Gestação;
- ✓ Identificar a prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação na Maternidade do Hospital Batista de Sousa;
- ✓ Conhecer o protocolo utilizado na Maternidade com as grávidas hospitalizadas com DHEG;
- ✓ Identificar as limitações da equipa de enfermagem na prestação de cuidados a essas grávidas.

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa e quantitativa, sendo que o método qualitativo será a aplicação de entrevistas a enfermeiros da Maternidade, devidamente estruturada, e o método quantitativo que permitirá identificar a prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação, e um levantamento de dados dos fatores de risco da mesma.

email:silvania.21gomes@gmail.com  
Tel:9527579

Autorizada pelo  
Comissão de Ética

Informação  
Interessante

04/04/2016

Autorizada pelo  
Direção da Maternidade

O trabalho atenderá a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Discente

Silvânia Gomes Silva

/ Silvânia Gomes Silva/

A Coordenação

Docente Jéssica Cristina Lopes Leite



email:silvania.21gomes@gmail.com  
Tel:9527579





## **Apêndice II- Guião de Entrevista**

**Título: “Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez: Assistência de Enfermagem às Grávidas Hospitalizadas na Maternidade do Hospital Batista de Sousa”.**

### **A) IDENTIFICAÇÃO:**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
3. Habilitações académicas:
4. Quanto tempo de serviço tem?-----  
Bacharel----- Licenciatura----- Especialidade----- Mestrado-----
4. Tempo de serviço na profissão de enfermagem na Maternidade-----

### **B) FORMULAÇÃO DA ENTREVISTA**

1. O que entende por Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez?
- 2- Na sua opinião quais são os fatores de risco que mais prevalecem entre as grávidas hospitalizadas?
- 3- Qual é a assistência/intervenção que os enfermeiros prestam às grávidas hospitalizadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez na Maternidade do Hospital Batista de Sousa?
- 4- Quais são as ações realizadas pelos enfermeiros da Maternidade do HBS, em relação à prevenção das complicações da SHEG?
- 5- Quais são as limitações que os enfermeiros têm na prestação de cuidados a essas grávidas?
- 6- Existe algum protocolo utilizado na Maternidade com as grávidas hospitalizadas? Como funciona?
- 7- Na sua opinião, sente preparada para atuar em casos de emergências a essas grávidas?
- 8- O que acha que pode ser feito para melhorar a assistência de enfermagem prestada a essas grávidas?

### **Apêndice III- Termo de consentimento informado**

Prezada enfermeira

Sou aluna do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem da Universidade do Mindelo, gostaria de convidá-la a participar da pesquisa para a obtenção do grau de licenciatura, cujo tema é: “Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez: Assistência de enfermagem às grávidas hospitalizadas na Maternidade do Hospital Batista de Sousa”. O objetivo geral da pesquisa é “conhecer a assistência de enfermagem prestadas às grávidas hospitalizadas com Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez na Maternidade do Hospital Batista de Sousa”.

A sua participação é de extrema importância para a realização desta investigação e ela seria através de uma entrevista (conversa) informal que será ao mesmo tempo gravada. Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer problema ou prejuízo.

Informo ainda que as informações colhidas serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Caso tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento não hesite em contactar-me pelos números 9527579/5245128 ou pelo correio eletrónico [silvania.21gomes@gmail.com](mailto:silvania.21gomes@gmail.com)

Eu ----- aceito participar desta pesquisa por livre e espontânea vontade.

---

/Silvania Gomes Silva/

#### Apêndice IV- Cronograma

Atividade	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
Elaboração do projeto								
Entrega e defesa do projeto								
Pesquisa bibliográfica								
Colheita e discussão de dados								
Conclusão da Monografia								
Entrega da Monografia								
Defesa								

## Anexo I- Conduta Eclâmpsia ou em eminência de Eclâmpsia

### CONDUTA – ECLÂMPسيا OU EM IMINÊNCIA DE ECLÂMPسيا

- **Pedir ajuda**
- **Posicionar em decúbito lateral esquerdo**  
para prevenir a aspiração de vômitos e secreções
- **Protecção bucal com cânula de Guedel**
- Colocar máscara ou catéter nasal com 6 l Oxigénio / min
- **Acesso venoso periférico** (com cateter calibroso)
  - Colheita de sangue para hemograma, plaquetas, ureia, creatinina, ácido úrico, enzimas hepáticas, bilirubina e coagulograma

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sulfato de Magnésio 4 gr iv lentamente durante 5 Min</b> (8 ml de Sulfato de Magnésio 50% + 12 ml Água Destilada ou: 20 ml de 20% sem diluição)</li></ul>	<i>Dose de Ataque</i>
--	-----------------------

- **Colocar em Cama com Guarda de Protecção, NÃO AMARRAR**  
acompanhamento permanente, isolamento em ambiente silencioso e escuro
- **Algália vesical** e saco colector de urina
  - Colheita de urina para Proteinúria \*

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Se após 15 minutos as convulsões persistirem</b><ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Aplicar mais 2 gr de Sulfato de Magnésio iv lentamente</b> (4 ml de Sulfato de Magnésio 50% + 6 ml Água Destilada ou: 10 ml de 20% sem diluição) (4 gr se a mulher tiver 80+ kg; ver dose inicial)</li></ul></li></ul>	<i>Dose de Ataque cont.</i>
--	-----------------------------

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sulfato de Magnésio - Infusão durante 24 horas</b> (8 ml de Sulfato de Magnésio 50% + 500 cc soluto de Ringer / Glicose 5% alternado ou 20 ml de Sulfato de Magnésio 20% + 500 cc soluto de Ringer / Glicose 5% alternado de 4 em 4 horas)</li></ul>	<i>Dose de Manutenção</i>
---	---------------------------

- **Controlar de 15 em 15 Minutos**
  - Reflexo Patelar
  - Frequência Respiratória
  - TA e Pulso
  - Diurese
- **Se ocorrer diminuição do Reflexo Patelar ou Frequência Respiratória de 15- / min ou Pulso de 50- / min ou Diurese de 30- ml / hora**
  - suspender Sulfato de Magnésio.
  - Se a Depressão Respiratória ou a Diminuição do Reflexo Patelar ou a Bradicardia se instalarem,
    - injectar **Gluconato de Cálcio** a 10%, iv, 10 ml.
- **Se a tensão arterial diastólica permanecer acima de 110 mm Hg**
  - Administrar 5 mg de **Hidralazina** (2.5 ml da solução - juntar em seringa de 10ml, 1ml de hidralazina e 9 ml de soro fisiológico) e.v de 20 em 20 minutos a fim de manter a TA diastólica entre 90 e 100 mm Hg (máxima de 3 doses)
- **Pós parto – Medir a TA 4/4 h – se TA acima 110 fazer hidralazina 5 mg (solução anterior).**

**O parto deve ocorrer logo que a condição da mulher tenha estabilizado.**  
**O parto deve ter lugar independentemente da idade gestacional.**

IMPAC pg S-125